

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Латуха Ольга Александровна

**МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

3.2.3 – Общественное здоровье, организация
и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация

на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Ирина Михайловна Сон

Новосибирск 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1 ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	18
1.1 Состояние развития здравоохранения: отечественный и международный опыт.....	18
1.2 Управление устойчивым развитием организации (накопленный опыт различных стран).....	26
1.3 Проблемы управления медицинскими организациями	39
ГЛАВА 2 МЕТОДОЛОГИЯ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	51
2.1 Комплексное исследование проблем управления устойчивым развитием организации.....	51
2.2 Разработка методики интегральной оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации	64
ГЛАВА 3 НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	101
ГЛАВА 4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА	128
4.1 Анализ устойчивости развития современных медицинских организаций	128
4.2 Базовая и средняя оценка устойчивости развития современных медицинских организаций.....	172
ГЛАВА 5 МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	179

ГЛАВА 6 АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	221
6.1 Характеристика объекта исследования ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27»	221
6.2 Внешние риски, повлиявшие на деятельность ГБУЗ НСО «ККДП № 27»	229
6.3. Анализ эффективности внедрения модели управления устойчивым развитием медицинской организации в ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27»	234
ГЛАВА 7 АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕГИОНА, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ	248
7.1 Рейтинг городских поликлиник региона	249
7.2 Рейтинг областных медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению	258
7.3 Рейтинг многопрофильных стационаров региона, в составе которых есть поликлинические отделения	269
7.4 Рейтинг медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению	277
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	285
ВЫВОДЫ	290
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	294
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	297
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	297
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	301
ПРИЛОЖЕНИЕ А	394
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	396
ПРИЛОЖЕНИЕ В	397
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	400

ПРИЛОЖЕНИЕ Д	404
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	411
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	427
ПРИЛОЖЕНИЕ З	428
ПРИЛОЖЕНИЕ И	442
ПРИЛОЖЕНИЕ К	451
ПРИЛОЖЕНИЕ Л	453
ПРИЛОЖЕНИЕ М.....	456

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность

Состояние системы здравоохранения является индикатором благополучия социально-экономических процессов, происходящих в стране. Согласно Указам Президента Российской Федерации (2012, 2018, 2019 гг.) [677; 678; 679] и Программам «Развития здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.) [562; 567; 590; 601], на современном этапе важнейшей целью государственной политики в области здравоохранения является повышение средней продолжительности жизни населения за счет эффективности деятельности медицинских организаций, рационального использования ресурсов, внедрения организационных изменений во все уровни оказания медицинской помощи [6; 151; 170; 187; 195; 343; 347; 362; 364; 366; 374].

В национальной программе «Здравоохранение» особое внимание уделяется созданию новой модели медицинской организации, оказывающей населению первичную медико-санитарную помощь [202; 212; 243; 277; 301; 338; 361; 392].

Степень разработанности темы исследования

Работы ряда авторов посвящены таким показателям, как средняя продолжительность жизни населения, заболеваемость, смертность, инвалидность, которые зависят от доступности, своевременности и качества оказания медицинской помощи, а также от охвата профилактическими программами населения территории. Основная работа по предотвращению развития тяжелых форм заболеваний ложится на поликлиническое звено. С одной стороны, медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению, взаимодействуют с большими группами населения, чем другие медицинские организации. С другой стороны, поликлиники становятся в большей степени подвержены влиянию внешней среды в условиях возникновения инфекционных очагов, изменения социально-экономических условий, образа

жизни населения и т. п. В каждой новой ситуации в поликлинике необходимо внедрить организационные изменения, провести работу с медицинскими кадрами, перераспределить ресурсы, обеспечить соблюдение нормативных требований и провести работу с населением. При этом каждый новый процесс не должен нарушать работу уже выстроенных процессов, что непросто осуществить в условиях кадрового дефицита [80; 271; 333].

Авторы отмечают, что в настоящее время в здравоохранении России сложилась противоречивая ситуация. Во-первых, «на фоне значительной модернизации больниц и поликлиник» снижается удовлетворенность пациентов и врачей качеством и условиями оказания медицинской помощи [82; 110; 178; 282; 323], имеются случаи неэффективного использования дорогостоящего медицинского оборудования, не всегда грамотно выстроена система работы с потоками пациентов, отсутствует системность в управлении качеством в медицинских организациях [59; 109; 184; 215; 227]. Во-вторых, вектор развития отрасли требует активного внедрения технических и организационных инноваций в работу медицинских организаций [97; 137; 139; 147; 151, 282; 353; 365; 427]

Следовательно, одним из факторов, способных существенно улучшить показатели общественного здоровья, является эффективная работа медицинской организации [56; 105; 121; 176; 216; 268; 273; 301; 316; 318; 370; 376; 389; 441; 474; 499; 502].

В доступной нам литературе встречается описание управленческих методик, таких как: система менеджмента качества в требованиях стандартов серии ГОСТ Р ИСО 9001-2015, стратегия развития, бережливое производство и др., которые повышают эффективность работы медицинской организации в определенных направлениях и частично влияют на повышение ее эффективности в целом. В то же время в нашей стране отсутствует официальный рейтинг медицинских организаций, способный продемонстрировать эффективность деятельности организаций, как это принято за рубежом [3; 173; 399; 498; 511; 514; 522]. Поэтому руководители в системе здравоохранения не могут провести сравнительный анализ для выявления лучших управленческих практик и,

несмотря на меры государственной поддержки, в системе здравоохранения остается ряд проблем, решение которых, на наш взгляд, лежит в плоскости управления устойчивым развитием медицинской организации.

В то же время медицинским организациям во всем мире приходится сталкиваться в своей работе с изменениями внешней среды, в т. ч. ступенчатыми и слабопрогнозируемыми. Конкуренция, совершенствование нормативной базы и возрастающие требования потребителей продукции и услуг вынуждают компании постоянно перестраивать внутренние процессы, чтобы соответствовать спросу и при этом необходимо сохранить устойчивость развития организации, в т. ч. здравоохранения, на долгосрочную перспективу [30; 284; 308; 321; 323; 376; 387; 397; 404; 441].

При этом в отечественной и зарубежной литературе не описана единая концепция, обобщающая факторы, методы, механизмы и критерии, способствующие достижению устойчивого развития медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению, что обусловило актуальность данного исследования.

Объект исследования – деятельность медицинских организаций, оказывающих помощь населению в современных условиях.

Предметом исследования является управление устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь населению в амбулаторных условиях.

Цель исследования – разработать, научно обосновать и внедрить модель управления, способствующую устойчивому развитию медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях.

Задачи исследования:

1. Разработать комплексный подход к исследованию проблем управления устойчивым развитием организации.
2. Разработать и апробировать интегральную методику оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации.

3. Провести нормативно-правовой и статистический анализ состояния развития системы здравоохранения и медицинских организаций и оценить базовый потенциал устойчивости развития медицинских организаций.
4. Провести пилотное социологическое исследование по определению среднего потенциала устойчивости развития медицинских организаций.
5. Провести комплексную оценку влияния различных факторов на устойчивость развития медицинской организации по данным экспертного опроса.
6. Разработать, научно обосновать и апробировать модель управления устойчивым развитием медицинских организаций, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, и оценить ее влияние на потенциал устойчивого развития медицинских организаций.
7. Провести оценку потенциала устойчивости развития медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению и сформировать их рейтинг.

Научная новизна исследования состоит в том, что:

Получены новые знания о факторах устойчивости и инструментах повышения эффективности деятельности, которые используют в своей работе руководители современных устойчиво развивающихся медицинских организаций.

Разработана и научно обоснована методика интегральной оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации на основе математического аппарата с применением метода анализа иерархий Т.Л. Саати и шкалы желательности Л. Харрингтона.

Установлен базовый и средний уровни потенциала устойчивости медицинских организаций в стране на основе нормативно-правового анализа, пилотного социологического исследования и авторской методики оценки потенциала устойчивости.

На основе анализа ключевых факторов, повышающих эффективность деятельности медицинских организаций, разработана модель управления устойчивым развитием медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

В рамках предложенной модели описаны процессы формирования стратегии устойчивого развития, приоритетные направления кадровой политики, внутренней и внешней интеграции, обучение руководителей на «фабрике процессов», проектный подход к управлению качеством, риск-менеджмента, бенчмаркинга и внедрения организационных изменений в работу медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

Описан пошаговый эффект от внедрения модели управления устойчивым развитием в работу медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, и зафиксировано повышение эффективности деятельности, а также положительная динамика потенциала устойчивости за 6 лет.

Проведена сравнительная оценка потенциала устойчивости развития медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, которая позволила выделить лучший управленческий опыт руководителей и сформировать рейтинг.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что разработанная модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, и проведенные исследования расширяют представление:

- о ключевых факторах устойчивости развития современной медицинской организации;

- о результатах работы медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, после внедрения модели управления устойчивым развитием, выраженных в оптимизации ресурсного обеспечения, синхронизации процессов, улучшении кадровой политики и обучении персонала, повышению адаптивности медицинской организации к внедрению организационных изменений;

- что развитие медицинской организации зависит не столько от формы собственности медицинских организаций, сколько от совокупности управленческих методик, используемых для достижения заявленных целей медицинской организации;

– о возможности повышения потенциала устойчивости медицинских организаций при использовании таких инструментов повышения эффективности деятельности, как стратегия развития и система менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Практическая значимость исследования определяется тем, что разработанная модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, отличается большей организационной эффективностью процессов оказания медицинской помощи, готовностью медицинских организаций работать в условиях высоких рисков воздействия внешней среды, а также упорядочивает потребление ресурсов.

Описанный в работе механизм интеграционного взаимодействия вуза с медицинской организацией, в рамках научно-образовательного медицинского комплекса, позволил разработать уникальные образовательные программы повышения квалификации врачей организаторов здравоохранения, способствующие практико-ориентированной подготовке руководителей по менеджменту устойчивого развития в рамках непрерывного медицинского образования.

Разработанная на основе математического аппарата методика интегральной оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации: направлена на практическую помощь руководителю, принимающему решение о внедрении организационных изменений; способствует повышению качества принятия управленческих решений; стратегическому планированию и контролю эффективности развития медицинской организации.

Рассчитанный базовый и средний уровень потенциала устойчивости развития медицинской организации позволяет руководителям проводить сравнительный анализ внутренних процессов медицинских организаций, способствующих устойчивому развитию.

Использование методики оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации для исследования эффективности работы и выявления лучшего управленческого опыта медицинских организаций региона,

оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, показала ее практическую значимость для проведения сравнительной оценки и формирования рейтинга.

Результаты, выводы и практические предложения могут послужить основой для научно обоснованного повышения эффективности деятельности медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, внедрения организационных изменений и достижения долгосрочных целей устойчивого развития медицинской организации.

Результаты исследования используются в практической деятельности медицинских и образовательных организаций.

Разработанная модель управления устойчивым развитием медицинской организации внедрена в деятельность ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27» (акт внедрения № 973/24.083 от 28.06.2023).

Система комплексной оценки устойчивости развития медицинской организацией апробирована в 41 медицинской организации Новосибирской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, что послужило основой формирования их рейтинга (акт внедрения от 05.06.2023).

Материалы диссертации используются в практической работе кафедры управления и экономики здравоохранения института последипломного образования ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (акт внедрения от 30.06.2023) и кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (акт внедрения № 2896 от 04.05.2023).

Используются в педагогическом процессе и научно-исследовательской работе ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Получено свидетельство об отраслевой регистрации разработки № 11070 зарегистрированное в Отраслевом фонде алгоритмов и программ от 01.07.2008.

По теме диссертации проводится повышение квалификации в рамках непрерывного медицинского образования врачей по программам 01793-2016 «Современные формы развития медицинских организаций», 01788-2016 «Система менеджмента качества», 09220-2017 «Качество оказания медицинской помощи», 14708-2017 «Мотивация персонала медицинской организации», 14724-2017 «Управление конфликтом в медицинской организации» 01618-2019 «Бережливая медицина». Программы аккредитованы на портале непрерывного медицинского образования (edu.rosminzdrav.ru).

Методология и методы, используемые в исследовании: метод коллективного блокнота, SWOT-анализ, метод анализа иерархий Т.Л. Саати, метод желательности Л. Харрингтона, метод В. Парето; аналитический, в т. ч. компаративный анализ; метод логического анализа; нормативно-правовой анализ; социологический метод; экспертный метод (метод оценки компетентности Ф.Э. Шегери, метод квотной выборки, метод Дельфи (Е.Н. Шиган, 1983 г.)); организационно-функциональное моделирование; статистический метод (метод анализа временных рядов с использованием линии тренда, регрессионного анализа и прогнозирования, метод определения репрезентативности выборочной совокупности (Ю.П. Лисицина, 1998 г.), метод оценки степени согласованности экспертов М.Д. Кендала).

Социологическое и экспертное исследование проводилось на базе кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Выделенные экспертами ключевые факторы устойчивости развития современной медицинской организации являются управленческими подходами, повышающими потенциал устойчивого развития медицинских организаций.
2. Медицинские организации, внедряющие положение стандарта для построения системы менеджмента качества и реализующие стратегию развития,

имеют более высокий потенциал устойчивости развития медицинских организаций по сравнению со средним уровнем.

3. При сравнительном анализе устойчиво развивающихся медицинских организаций с медицинскими организациями, не демонстрирующими устойчивый рост, можно выделить основные управленческие инструменты, способствующие повышению эффективности работы и достижению долгосрочных целей медицинских организаций.

4. Разработанная методика интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинских организаций в динамике позволяет проводить анализ эффективности работы медицинских организаций при внедрении организационных изменений и формировать рейтинг устойчиво развивающихся медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

5. Базовый и средний уровень потенциала устойчивого развития медицинских организаций, позволяет руководителям проводить бенчмаркинг, мониторинг и сравнительный анализ текущей эффективности деятельности медицинских организаций.

6. Предложенная модель управления устойчивым развитием медицинских организаций позволяет повысить эффективность работы медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению, улучшить показатели качества и доступности медицинской помощи населению, оптимизировать ресурсное обеспечение, достигать стратегических целей организации и внедрять организационные изменения.

Степень достоверности полученных результатов. В ходе исследования были разработаны, заполнены и проанализированы следующие материалы: карты компетентности эксперта; групповые записи возможных факторов, влияющих на устойчивое развитие медицинских организаций; иерархическая матрица; интегральный показатель потенциала устойчивого развития медицинских организаций, выделенный в иерархических матрицах; анкеты «Устойчивое развитие медицинских организаций»; экспертные карты; анкеты самооценки

эффективности деятельности медицинской организации; результаты анкетного опроса руководителей медицинских организаций. Кроме того изучены материалы: стандарт ГОСТ Р ИСО 9004-2009; локальные нормативные акты и данные внутреннего мониторинга деятельности ГБУЗ НСО «ККДП № 27»; выборочные статистические данные о состоянии медицинских организаций в России с 1996 по 2021 гг. по данным Росстата; выборочные целевые показатели программ «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.): фактические показатели за период 2006–2020 гг., плановые показатели за период 2021–2025 гг.; выборочные нормативно-правовые документы по развитию системы здравоохранения в Российской Федерации.

Статистический анализ полученных данных проходил с помощью анализа временных рядов с использованием линии тренда, регрессионного анализа и прогнозирования. Для оценки достоверности результатов социологического и экспертного исследований использован стандартный метод (средняя ошибка средней величины – $M \pm m$ и среднее квадратическое – сигмальное отклонение σ). Репрезентативность выборочной совокупности определялась по таблицам К.А. Отдельновой для исследования повышенной точности ($t=2,5$, $q=0,98$), желаемая точность исследования ($K = 0,1$) (Ю.П. Лисицын, 1998). Компетентность экспертов определялась по методам оценки компетентности Ф.Э. Шегери, степени согласованности экспертов М.Д. Кендалла. Для обработки статистического материала использовался пакет прикладных статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft, 2001) и стандартный пакет программ Excel 2007.

Апробация результатов исследования. Материалы исследования обсуждены на международных, российских, региональных и других научно-практических конференциях, совещаниях и семинарах: международной научно-практической конференции «Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения» (Новосибирск, 2005); научно-практической конференции с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи» (Новосибирск, 2007); Всероссийской заочной научно-практической конференции «Инновационные

модели системы наставничества: новое время – новые решения» (Москва, 2012); научно-практической конференции «Интеграция науки, образования и право» (Новосибирск, 2013); V Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2014» (Москва, 2014); III международного Форума «Инновации в медицине: основные проблемы и пути их решения. Регенеративная медицина и новые биосовместимые материалы» (Новосибирск, 2014); международного форума «Менеджмент здравоохранения в XXI веке: организация, право, экономика, образование» (Новосибирск, 2015); III Международный Форум «Общественное здоровье: организация, менеджмент, право – перспективы развития» (Новосибирск, 2017); международной научно-практической конференции «Вопросы современной науки: новые достижения» (Болгария, София, 2018); международной научно-практической конференции «Наука, образование, инновации: апробация результатов исследований» (Башкортостан, Нефтекамск, 2018); V, VI, VII и VIII Всероссийском совещании кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья «О системе подготовки управленческих кадров в здравоохранении» (Москва, 2020, 2021, 2022, 2023); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию создания ФГБУ «ЦНИИОЗ» Минздрава России «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее» (Москва, 2019); I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Эффективное управление организацией в социальной сфере» (Новосибирск, 2019); IV Всероссийской научно-практической конференции «Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья» (Новосибирск, 2021), IX Всероссийской научно-практической конференции онлайн с международным участием «Образование, наука, технологии, инновации как факторы стабилизации развития общества» (Новосибирск, 2021), I и II Всероссийском конгрессе по непрерывному профессиональному медицинскому образованию работников здравоохранения «ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии» (Москва, 2022, 2023), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здравоохранение будущего: Стратегия

антикризисного управления», (Красноярск, 2022), Межрегиональной научно-практической конференции «Организация здравоохранения и общественное здоровье: традиции, инновации, перспективы» (Пенза, 2023), III Всероссийских медико-правовых чтениях «Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание» (Новосибирск, 2023), VIII Междисциплинарном медицинском форуме «Актуальные вопросы врачебной практики «Беломорские зори»» (Архангельск, 2023), Всероссийской научно-практической конференции «Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения: вчера, сегодня, завтра» (Омск, 2023).

Личный вклад автора заключается в 100% личной разработке методологии исследования, проведении анализа литературы, на 80% самостоятельном сборе информации, 95% обработке и анализе результатов, 100% научном обосновании и доказательной базе всех положений диссертационного исследования, 100% формировании выводов и практических рекомендаций, 75% внедрении результатов исследования в деятельность МО, оказывающей амбулаторную помощь населению, 75% сборе, обработке и анализе данных рейтинга медицинских организаций региона.

Связь работы с научными программами. Работа выполнена по плану НИР ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России «Совершенствование регионального здравоохранения и деятельности медицинских организаций на основе методологии стратегического планирования, инноваций и принципов менеджмента качества» (номер государственной регистрации 01201354541).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 43 работы: 11 работ в журналах, рекомендованных ВАК России по специальности 3.2.3– Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, в т. ч. в журналах К1 – 3 публикации, в журналах К2 – 3 публикации; 11 статей, индексируемых в наукометрических базах данных Web of Science и Scopus в

области медицины; 10 статей в изданиях базы данных RSCI; 4 монографии; и 1 депонированная рукопись.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует пунктам 12-15 и 17 паспорта научной специальности 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 469 страницах машинописного текста, состоит из 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (522 источников, в т. ч. 178 иностранных), списка нормативно-правовых актов (178 источников) и 12 приложений. Иллюстрирована 51 таблицей и 73 рисунками.

ГЛАВА 1 ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1.1 Состояние развития здравоохранения: отечественный и международный опыт

Состояние системы здравоохранения является индикатором благополучия социально-экономических процессов, происходящих в стране. [96, 102, 106, 133, 174, 343, 364, 368, 382, 469].

Средняя продолжительность жизни населения зависит от таких показателей как: доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи населению. Особенно это касается скорой и неотложной помощи, которая должна быть оказана в пределах «золотого часа» [64, 148, 158, 290, 327, 345, 368, 473].

Организация доступности медицинской помощи на территории находится в рамках полномочий региональных органов управления здравоохранением. В то же время своевременность и качество оказания медицинской помощи зависит от организации работы медицинского учреждения [105, 110, 115, 214, 242, 436, 442].

Другими словами, одним из факторов, способных существенно улучшить показатели общественного здоровья, является эффективная работа медицинской организации [4, 196, 275, 301].

В мировой практике развития здравоохранения можно выделить два глобальных подхода, влияющих на показатели общественного здоровья и здравоохранения. К ним относятся, во-первых, государственные программы, направленные на сохранение здоровья населения: пропаганда здорового образа жизни, развитие любительского спорта, антиалкогольные компании и др. Во-вторых, внутриотраслевые программы развития здравоохранения, направленные на модернизацию системы управления, финансирования, повышение доступности

и качества оказания медицинской помощи [1, 16, 17, 53, 189, 209, 252, 302, 364, 368, 382, 469, 473, 490].

В настоящее время в системах здравоохранения различных стран присутствует ряд общих проблем, которые препятствуют развитию медицинских организаций, особенно государственного сектора. К ним можно отнести:

– снижение качества и доступности медицинской помощи для населения на уровне региональной системы здравоохранения, что препятствует повышению уровня эффективности процессов качества и безопасности медицинской деятельности на уровне учреждения здравоохранения [18, 54, 55, 258, 345, 365, 372; 425; 442; 495];

– развитие здравоохранения в зависимости от качества управления системой не только на уровне государства, но и самой медицинской организации [21, 40, 58, 106, 139, 171, 253, 289, 332, 338, 382];

– ряд показателей здоровья (например, заболеваемость сердечно-сосудистой системы), требующих высокотехнологичных видов медицинской помощи, зависящих от государственного финансирования [364, 469, 490, 511];

– имеет место распространение неинфекционных заболеваний [442];

– количество ключевых показателей эффективности системы здравоохранения различных стран ограничено рядом социально-экономических показателей, которые затрудняют оценку отдельных процессов, происходящих в системе (например, эффективность мер по модернизации здравоохранения) [229, 302, 316, 320, 365, 361];

– программы модернизации здравоохранения различных стран не приводят к видимым улучшениям показателей эффективности деятельности отрасли; более того, наблюдается снижение показателей качества и доступности медицинской помощи, неэффективное расходование ресурсного обеспечения, неэффективное использование дорогостоящего медицинского оборудования, дезорганизация потоков пациентов, растут очереди на получение медицинских услуг [65, 162, 184, 282, 318, 361, 365].

В сложившихся условиях необходимость системного и рационального применения имеющихся в здравоохранении ресурсов, повышение качества оказания медицинской помощи и эффективности управления системой здравоохранения становятся как никогда актуальными [17, 109, 178, 181, 213, 220, 309, 323, 342, 442].

Среди общих проблем здравоохранения в мире, требующих внедрения организационных изменений, исследователи выделяют [292, 364, 382, 490, 469, 511]:

- опережающее внедрение высоких технологий в практическое здравоохранение;
- возрастающий объем информации;
- сокращение финансирования социально-значимых бюджетных сфер;
- развитие конкуренции;
- необходимость медицинским организациям работать в условиях ограниченного ресурсного обеспечения и при этом демонстрировать рост целевых показателей за счет внедрения более эффективных форм деятельности, заимствованных из опыта развитых экономических систем [149].

Опыт систем здравоохранения стран с повышающейся продолжительностью жизни населения показывает, что, несмотря на ряд общих проблем, в каждой стране существует собственная комбинация факторов и механизмов, приводящих к устойчивому развитию системы здравоохранения [396, 415, 416, 435, 485]:

- согласованность критериев качества оказания медицинской помощи среди всех заинтересованных сторон: пациентов, медицинских работников, государства и др. [442, 490];
- активное участие гражданского общества в решении проблем здравоохранения [382, 490];
- социальная интеграция здравоохранения с преимущественным акцентом на цели стратегии устойчивого развития отрасли [364];
- повышение прозрачности финансовой отчетности в здравоохранении [345, 473, 511];

– внедрение информационных технологий (в процесс оказания медицинской помощи (электронная история болезни); в процесс снабжения медицинской организации лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, расходными материалами; в работу регистратуры (логистика движения пациентов); в систему обмена медицинской информацией и справочными материалами и др.) [368];

– несмотря на то, что измерение и мониторинг общей эффективности системы здравоохранения является комплексной и сложной задачей, этот процесс имеет решающее значение для повышения качества и доступности медицинской помощи (эффективность должна измеряться четкими критериями, заложенными в национальных стандартах качества работы медицинских организаций) [23, 69, 195, 361, 365];

– необходима интеграция государственных структур управления здравоохранения со специалистами в медицинских организациях для формирования мониторинга и оценки эффективности национальной системы здравоохранения [361];

– на уровне медицинской организации непрерывно улучшается качество обслуживания при условии достижения лучшего результата лечения пациентов, снижаются затраты, формируются четкие критерии эффективности деятельности медицинской организации [365].

Развитие здравоохранения на основе привлечения частного капитала широко распространено в Турции, Малайзии, Сингапуре и других странах [362].

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации предусматривает активное развитие его региональной составляющей [3, 44, 50, 100, 129, 151, 187, 200, 219, 293, 339, 496, 505].

По мнению отечественных ученых, основными проблемами отрасли здравоохранения в настоящее время являются:

– дезинтеграция в системе управления отраслью за счет отсутствия синхронизации стратегического планирования различных уровней управления: государственного, регионального и уровня медицинской организации;

- диспропорция кадровых ресурсов;
- неэффективное использование ресурсов;
- руководители части учреждений здравоохранения приняли за основу «концепцию выживания», которая препятствует активному внедрению организационных изменений, диктуемых государственными программами развития здравоохранения [48, 60, 84, 120, 262, 267, 300, 304, 338].

В настоящее время в здравоохранении России сложилась парадоксальная ситуация. С одной стороны «на фоне значительной модернизации больниц и поликлиник» снижается удовлетворенность пациентов и врачей качеством и условиями оказания медицинской помощи [155, 207, 324, 340, 341], имеются случаи неэффективного использования дорогостоящего медицинского оборудования [140], отсутствует системность в управлении качеством «мышление руководителей медицинских организаций с «концепции выживания» организации еще не переориентировалось на стратегическое видение «устойчивого развития» организации» в медицинских организациях [16, 61, 154, 184, 231, 248, 254, 255, 273, 274, 298, 321]. С другой стороны, динамика развития здравоохранения требует внедрения организационных инноваций [137, 146, 168, 172, 221, 264, 265, 282, 291, 296, 330, 353, 489].

Показатели общественного здоровья страны во многом определяются не только внешними управленческими воздействиями, но и эффективностью работы самих медицинских организаций [30, 47, 98, 233, 234, 252, 257, 262, 291].

Для медицинской организации приоритетными остаются социальная (улучшение здоровья населения, повышение рождаемости, снижение смертности, повышение продолжительности жизни и т. д.) и экономическая (эффективное использование ресурсного обеспечения) составляющие. При этом должна достигаться главная цель концепции устойчивого развития, а именно – обеспечение качества жизни будущих поколений людей. Для решения этой задачи постоянно совершенствуется система менеджмента качества медицинской организации [9, 31, 50, 59, 80, 84, 87, 114, 155, 261, 304, 308, 321, 325, 344, 490].

Устойчивость развития любой организации зависит от эффективности стратегии и политики организации, слаженности работы коллектива, наличия финансовых и материально-технических ресурсов и многих других факторов [134, 159, 166, 176, 204, 205, 272, 280, 306, 317].

Стоит отметить, что при текущем состоянии развития здравоохранения, ключевым аспектом является работа медицинской организации, направленная на эффективное использование своего ресурсного обеспечения [147, 113, 168, 331].

В последние годы в здравоохранении все более актуальной становится проблема качества оказания медицинских услуг. Проблемой качества оказания медицинской помощи обеспокоены такие страны, как Австралия, Ливан, Дания, Англия, Норвегия, Франция, Германия, Израиль, Шотландия, Швейцария, Канада, Швеция и др. [375, 389, 400, 496]. Во многих странах создаются общественные органы для контроля за качеством медицинской помощи. Например, в США (штат Массачусетс) и Нидерландах разрабатываются показатели качества работы медицинских организаций с обязательным исследованием удовлетворенности потребителей [510]. В работу медицинских организаций внедряются системы менеджмента качества, основанные на международных стандартах ГОСТ Р ИСО 9001 и JCI (Joint Commission International) [419, 420, 502, 505, 512, 516, 518].

Разрабатывая стратегию развития системы здравоохранения [472], многие страны мира акцентируют внимание, прежде всего, на показателях качества медицинской помощи [345], и как ее результате – повышении удовлетворенности пациентов [36, 68, 70, 82, 161, 169, 184, 207, 221, 353, 357, 359, 362, 367, 372, 378, 506, 513].

К примеру, Международная программа показателей качества (IQIP) позволяет проводить анализ качества медицинского обслуживания. ВОЗ поддерживает разработку «Системы оценки клиник» с целью улучшения их работы (PATH) [472].

В Канаде для проведения сравнительной оценки показателей качества медицинской помощи организован институт медицинской информации (Canadian Institute for Health Information) [513].

В США действуют несколько баз данных сравнительной информации по медицинским учреждениям: «100 ведущих клиник» (Truven Health Analytics) [345], «Лучшие клиники» (US News&World Report) [506] и федеральный правительственный сайт Hospital Survey [407]. Эталоном эффективности управления качеством медицинской помощи, по данным рейтинга US News&World Report, много лет является клиника Мейо (США, Рочестер). В результате применения принципа «Пациент превыше всего» в клинике на протяжении нескольких десятков лет сохраняется высокий уровень обслуживания пациентов, высокие клинические результаты и организационная эффективность [39, 286, 495].

В Великобритании сравнительный анализ качества оказания медицинской помощи осуществляется в рамках программы Национальной системы здравоохранения (NHS) [458], а также по программе «Ведущие клиники» (компания CHKS) [381].

Поэтому сравнительная оценка деятельности медицинских организаций (бенчмаркинг) занимает ключевое место в работе национальных систем здравоохранения различных стран. В настоящее время в развитых странах мира проблема бенчмаркинга решается как на международном, государственном, так и на региональном уровне. Министерство здравоохранения Великобритании рекомендует использовать бенчмаркинг как технологию клинического управления [237, 286].

Системы сравнительных оценок позволяют разработать индикаторы эффективности работы каждой медицинской организации и сформировать ключевые показатели эффективности для достижения устойчивого развития организации на долгосрочный период.

В результате чего разрабатывается маркетинговая стратегия учреждения здравоохранения [241], проводится оценка новых способов лечения [402, 413, 428, 465], обеспечения безопасности пациентов [447], электроснабжения больницы [455], проводится анализ смертности населения [175, 357, 386, 399], организации службы скорой медицинской помощи [407], оценка качества оказания медицинской помощи [430, 436], государственных мер, повышающих здоровье населения [111, 112, 448],

оценка эффективности лекарственных препаратов [417, 460], развития системы здравоохранения [362, 443], качества ухода за больными [495], оценка медицинских инноваций [367], оценка экономической эффективности лечения [478] и т. д.

Здоровье населения является основой благополучия и развития экономики различных стран. Медицинские организации объединяются между собой, с благотворительными и общественными организациями, с органами управления и международными организациями, страховыми и фармацевтическими компаниями, научными и образовательными учреждениями для поиска решений в оказании помощи большему числу больных. В этой связи интеграция медицинских организаций становится эффективным инструментом, способствующим повышению здоровья населения [118, 119, 164, 252]. Однако вопросы интеграции медицинских организаций с поставщиками и партнерами для достижения устойчивого развития изучены недостаточно [125, 159, 203].

В условиях реформирования здравоохранения на федеральном уровне до сих пор не сформировано последовательной и продуманной стратегии управления изменениями в медицинской организации. Систему управления изменениями целесообразно рассматривать как механизм интеграции организационных, технологических, экономических, информационных инноваций, входящих в систему управления организацией [123, 126, 148, 153, 159, 311].

Медицина является самой динамично развивающейся отраслью наук в мире. Исследования в области повышения здоровья населения являются приоритетными для стран с развитой экономикой [235].

По данным ВОЗ, такие страны как Канада, США и Япония – лидеры мировых научных исследований в области медицины, входят в число стран с высокими показателями средней продолжительности жизни. Особое значение приобретают исследования в области онкологии, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, лечение сахарного диабета, наследственных заболеваний и др. [347, 415].

В России медицинской научной деятельностью занимаются научно-исследовательские и клинические медицинские организации [29, 36, 140, 141].

Таким образом, анализируя международный и отечественный опыт развития национальных систем здравоохранения, мы пришли к выводу, что повышение показателей здоровья населения зависит от эффективной работы медицинских организаций, которая заключается в повышении показателей своевременности и качества оказания медицинской помощи при условии полной отдачи от имеющихся ресурсов.

Для достижения этой цели в развитых странах мира с высокими показателями общественного здоровья создаются национальные системы контроля за качеством медицинской помощи, где на основе методологии бенчмаркинга проводится сравнительная оценка и ранжирование медицинских организаций для формирования рейтинга и общественного контроля за деятельностью учреждений здравоохранения.

1.2 Управление устойчивым развитием организации (накопленный опыт различных стран)

Организациям во всем мире приходится сталкиваться в своей работе с изменением внешней среды. Конкурентная среда, совершенствование нормативной базы и возрастающие требования потребителей вынуждают компании постоянно перестраивать внутренние процессы, чтобы соответствовать спросу и при этом сохранить устойчивость развития организации на долгосрочную перспективу [198, 240, 266, 300, 335].

В 2000–2005 гг. рабочая группа под руководством президента японского общества по управлению качеством (JSQC) профессора Иосинори Изука

(Yoshinori Iizuka) (Токио)¹ разработала серию документов, которые дали рекомендации бизнесу по достижению устойчивого развития компаний на основе инноваций, обучения и постоянного совершенствования системы менеджмента, которые, в свою очередь, послужили основой для стандарта ISO 9004 версии 2008 г. [30, 32, 321, 418].

Концепция устойчивого развития организации набирает популярность в управлении корпорациями по всему миру: Япония (2000 г), Франция [464]² (2003 г.), Нидерланды (2004 г.), Великобритания (2005 г)³, Италия (Q-RES, 2005 г.), Германия (VMS, 2006 г.), Россия (2010 г.) и т. д. [521] Таким образом, широкое распространение положений устойчивого развития организации привело к пересмотру стандарта ISO 9001, и в 2015 году его структура была полностью переработана и гармонизирована со стандартом ISO 9004. В итоге ключевым в развитии внутрифирменного управления стал стратегический менеджмент, который синхронизирует все основные и вспомогательные процессы организации.

«Устойчиво развивающаяся организация ориентирована, прежде всего, на интеграцию социальных, экологических и экономических аспектов при принятии решений в практической деятельности» [457, 486].

Организация может считаться успешно развивающейся при достижении своих долгосрочных целей на протяжении трех лет и более [358, 360, 376, 387, 409, 441, 457, 486, 497, 521].

Отечественные и зарубежные исследователи выделяют множество факторов, влияющих на устойчивость достижения цели, как отдельных проектов, так и организации в целом [240, 321, 482]. Следуя логике нашего исследования, эти факторы были распределены по 6 ключевым направлениям, представленными на рисунке 1.1.

¹ TR Q 0005 “Quality management system – Guidelines for sustainable growth” («Система менеджмента качества. Рекомендации по устойчивому росту»)

² Руководство SD 21000 «Устойчивое развитие. Социальная ответственность корпораций. Руководство по учету вклада» (Sustainable development – Corporate Social Responsibility – Guide for the taking into account of the stakes of) (источник: Bianchi Philippe. Corporate Sustainable Development // EOQ 49 Congress. Topic C5. – 2005. – P. 1–7.)

³ Рекомендации SIGMA (Guideline. Putting Sustainable Development into practice – a guide for Organization)

⁴ Харджоно Т. Европейская теория корпоративной устойчивости (ЕСКУ/ЕССФ). университет Эразма, Роттердам, Нидерланды // Материалы 48-го ежегодного конгресса EOQ, Москва – 2004.

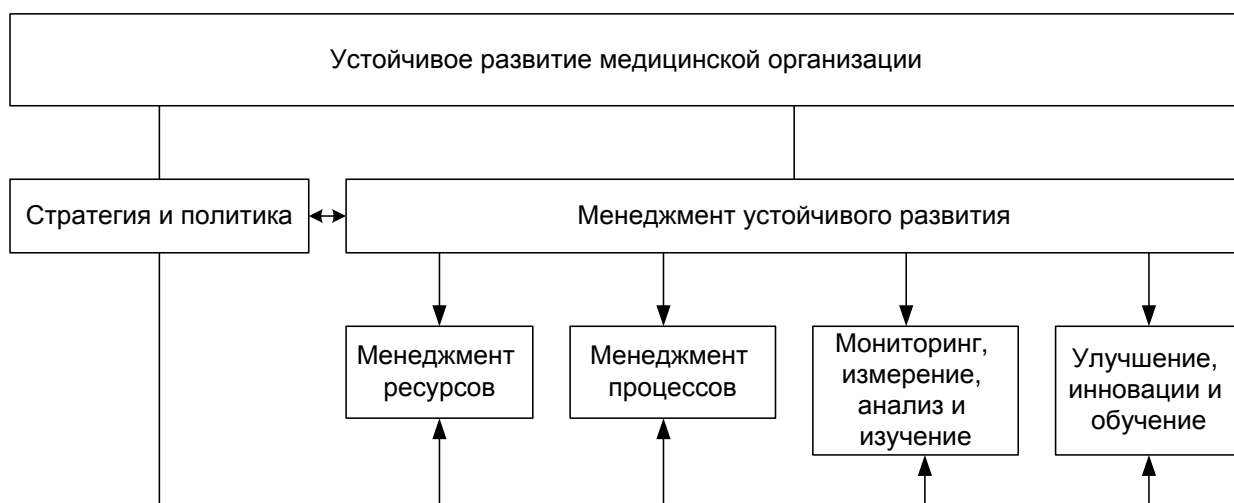


Рисунок 1.1 – Модель устойчивого развития медицинской организации (авторский подход)

Рассмотрим проработанность отдельных элементов этой модели по данным литературных источников.

Стратегическая цель современной организации – это устойчивое развитие на долгосрочную перспективу [240, 394, 397].

Стратегия устойчивого развития организации реализуется через:

1) Формирование стратегии и политики организации. Разрабатываются дорожные карты развития организации, в которую включаются ключевые результаты деятельности [30, 32, 351, 373, 376, 387, 470].

2) Умение доводить до каждого работника стратегию организации (т. е. информирование персонала о стратегии организации или, что более эффективно создание системы KPI (Key performance indicators – ключевые показатели деятельности) и реализация через нее стимулирующей системы оплаты труда) [20, 31, 73, 90, 92, 145, 481, 482].

При реализации стратегии организации менеджерами высшего звена на всех уровнях управления проводится детальный анализ процессов, отвечающих за осуществление ключевого направления деятельности и анализ оптимальности его ресурсного обеспечения [19, 75, 113, 159, 270, 358, 376, 387, 409, 441, 486].

Управление устойчивым развитием организации должно быть гибким, чтобы быстро реагировать на изменение внешней среды [144] и в то же время

своевременно внедрять организационные улучшения [134, 429] для достижения долгосрочной цели [470].

Организационное обучение и передача знаний являются в настоящее время ценным источником информации для современных организаций [121, 319, 401]. Как правило, организационные изменения, улучшения, приводящиеся для повышения эффективности работы организации, повышения качества продукции и услуг, эффективного управления ресурсами стоят над формальными процедурами, а иногда и противоречат им.

Таблица 1.1 – Сравнительный анализ стилей управления

Стиль управления		
№ п/п	Менеджмент устойчивого развития	Классическое административное управление
1	Соблюдаются нормативные требования работы организации [103, 278, 158, 243, 271, 315, 457]	Соблюдаются нормативные требования работы организации [514]
2	Активизируются вспомогательные процессы для предотвращения появления нарушений нормативных требований к работе организации, путем систематического проведения ряда внутренних аудитов [51, 131, 160, 313, 246, 263, 315]	Идет «работа над ошибками» после проведения проверок органами государственного контроля и надзора за соблюдением нормативных требований [180, 182]
3	Менеджмент ориентирован на достижение цели в соответствии со стратегией организации [363, 429, 439, 481, 505, 514]	Менеджмент ориентирован на выполнение приказа [11, 135, 344]
4	Решения принимаются с учетом будущего развития организации [370, 376]	Решаются только текущие задачи организации [499]
5	Применяется проактивный подход к предотвращению возможных проблем [136, 355, 401, 404, 451, 483]	Решаются проблемы по мере их возникновения [499]
6	Над достижением цели работает профессиональная команда управленцев	Присутствует авторитарный стиль управления руководителя высшего

	как высшего, так и среднего звена [249, 479, 500]	звена. Командный стиль работы не приветствуется [71, 199]
7	Руководители имеют подготовку по организации здравоохранения и общественному здоровью, юриспруденции, экономике и менеджменту [479]	Подготовка руководителей осуществляется по организации здравоохранения и общественному здоровью [84, 177, 189, 215]
8	Управление нацелено на формирование ресурсного резерва для достижения долгосрочных целей и предотвращения рисков [3, 24, 250, 280]	Управление нацелено на освоение всех имеющихся государственных и собственных ресурсов [28, 64, 168, 330, 331]
9	Менеджмент процессов разрабатывается с участием заинтересованных сторон для более эффективной интеграции с внешней средой [234, 445]	Уделяется внимание, в основном, лечебно-диагностическому процессу, интересы других видов деятельности не учитываются [337, 374]
10	Кадровая политика направлена на постоянное совершенствование всех процессов. Активно развивается корпоративная культура и внутренняя интеграция [237, 322, 476]	Проводится кадровая политика в рамках утвержденной нормативно-правовой базы [31, 94, 256, 310]
11	Развитая система менеджмента качества, активно проводятся предупреждающие мероприятия для всех процессов организации [259, 420, 500]	Система качества касается только лечебно-диагностического процесса [11, 57, 157, 454]
12	Согласно стратегии развития четко определены ключевые показатели деятельности [387, 424]	Ведется сравнительный анализ показателей лечебно-диагностического процесса по годам [237, 241, 286]

Для того чтобы достигнуть эффективного интеграционного взаимодействия между целями стратегии устойчивого развития и формальными нормативными требованиями необходимо внедрить и проследить результативность организационных изменений, а также оценить степень достигнутого результата. На практике цена ошибки организационных инноваций может быть высока [88, 216, 266, 284, 303, 401].

Руководителям, отвечающим за внедрение организационных изменений и инноваций, необходимо быть более компетентными и владеть навыками прогнозирования развития многофакторных процессов, однако по данным исследований, многие руководители при принятии управленческого решения не уверены, что их тактика принесет успех [514]. Недостаточно квалифицированный управленческий персонал снижает конкурентоспособность организации в целом на рынке [12, 268, 405].

Компетенции для менеджеров, отвечающих за устойчивое развитие организации, отличаются от компетенций, которые использовались традиционно для решения типовых административных задач [514], таких как: организация ежедневной деятельности, мотивация и контроль персонала, групповое обсуждение и анализ результатов, оперативное планирование и профессиональное саморазвитие [6, 77, 78, 206, 462, 499].

Прежде всего, менеджерам, отвечающим за устойчивое развитие организации, необходимы: навыки анализа многофакторных процессов [363, 514]; управление командой [500]; умение интегрировать задачи стратегического развития в текущую деятельность организации [468]; управление проектами [468]; умение организовывать совместную работу с поставщиками и другими заинтересованными сторонами [445].

При обучении менеджеров устойчивого развития необходимо использовать активные методы обучения, позволяющие анализировать большой массив информации, тренировать навык получения доступа и использования каждого вида информации [363].

Для достижения долгосрочной цели и устойчивого развития необходима синхронизация всех процессов организации и в то же время достижение эффективности использования ресурсов [431, 432] и повышение качества продукции и услуг.

Начиная с системы управления Ф. Тейлора создание качественного продукта требует значительных затрат ресурсов, как кадровых, так и материально-технических. Для решения этой задачи Международная организация по сертификации (International

Organization for Standardization – ISO), в которую входят эксперты более чем из 165 стран, в т. ч. и Россия [398], предложила в 1987 стандарты серии ISO 9000, в которых описываются требования к системе менеджмента качества (СМК).

СМК позволила снизить расходы ресурсного обеспечения и повысить качество продукции и услуг во многих отраслях [11, 202, 349, 371, 376, 427, 467, 475, 483, 493, 500].

Успех стандарта ISO 9001 стимулировал работу Международной организацией по сертификации в области стандартизации систем управления в 2008 году вышел стандарт ISO 9004.

По сравнению со стандартом ISO 9001, стандарт ISO 9004 позволяет более широко использовать принципы TQM (Всеобщее управление качеством). Не только для организации системы качества, но и охватить стратегию и политику, ключевые бизнес-процессы, управление ресурсами, мониторинг и анализ, а также внедрение улучшений и инноваций, что способствует устойчивому успеху компании [358, 360, 376, 387, 409, 441, 457, 486, 497, 528].

Преимуществами системы ISO 9004 являются:

1. Делается акцент на планировании устойчивого успеха организации и формировании ключевых показателей деятельности, как организации в целом, так и ее отдельных подразделений [376, 387, 394, 397].

2. Адекватность использования ресурсного обеспечения не ограничивается финансами, как во многих экономических моделях управления. К ресурсам организации относятся не только кадровые, материально-технические и финансовые, но и знания, информация, технологии, партнеры, поставщики, производственная среда, инфраструктура и природные ресурсы, что позволяет организации системно реагировать на изменение внешней и внутренней среды. Обеспечение ресурсами должно соответствовать процессам в организации и необходимому обеспечению достижения долгосрочных целей [360, 373].

3. Система ISO 9004 реализует принцип постепенности, т. е. позволяет организации плавно пройти путь от минимальных организационных изменений до глубоких преобразований деятельности компании, способствующих устойчивости

развития в долгосрочных прогнозах. Важно, что организационная структура является мощным инструментом, укрепляющим и поддерживающим большинство процессов, происходящих, как в организации, так и за ее пределами [497].

4. Заинтересованные стороны (поставщики, партнеры потребители медицинских услуг и их родственники и т. д.) рассматриваются как часть самой организации, поэтому интересы внешней среды учитываются при принятии управленческих решений. Внешняя интеграция становится эффективным механизмом повышения устойчивости [358].

Одной из моделей устойчивого развития организации, способствующей максимальной отдаче от имеющихся материальных, кадровых и финансовых ресурсов, является модель бережливого производства, которая была разработана в Японии на автомобильном заводе концерна «Тойота». Бережливое производство и методология шести сигм широко используется во многих компаниях по всему миру. Применение этих технологий встречается в автомобильной промышленности [384, 494], информационных системах [380], образовании [450, 504], нефтеперерабатывающей промышленности [426], в том числе и в здравоохранении, где данный метод применяется для сокращения очереди пациентов на хирургическое вмешательство [501], работы лабораторно-диагностической службы [422, 520], оказания специализированных видов медицинской помощи [356] и др.

Бережливое производство представляет собой управленческую технологию, ориентированную на устранение любых потерь за счет оптимизации всех процессов. Эффективность работы этой технологии на 80% зависит от организационных процессов, и только на 20% от инвестиций в технологию. Бережливое производство позволяет [10, 43, 244, 352, 354, 356, 379, 449]: снизить трудозатраты – производительность труда повышается в течении года после внедрения системы от 20 до 400% по данным различных источников; сократить сроки на выполнение работ и услуг; обеспечить высокое качество при минимальных затратах; устранить потери ресурсов, которые не направлены на создание ценности.

Ряд исследователей отмечает, что устойчивость развития зависит от реакции организации на изменение внешней среды. Наиболее часто встречающимися в литературе решениями поставленной задачи являются интеграция и управление организационными изменениями [358, 497].

Решающую роль в реакции организации на изменение внешней среды играет информация. Свободный обмен знаниями с потребителями, поставщиками, партнерами и другими заинтересованными сторонами позволяет организации своевременно реагировать на изменения внешней среды. Организационная культура, нацеленная на достижение стратегических задач компании, позволяет обеспечить внутренние интеграционные процессы и передачу информации между сотрудниками различных подразделений [468, 479].

Многие практические знания не осознаются их владельцами как инновационные или способные существенно улучшить организационную деятельность фирмы, поэтому необходим механизм выявления, описания такого опыта и встраивание его в общую систему деятельности фирмы [89].

Особое место в этом процессе занимает человеческий капитал. Наиболее часто встречающейся формой кадровой политики, направленной на развитие корпоративной культуры и внутренней интеграции, являются [31, 92, 310, 360, 363, 373, 374, 376, 400, 401, 433, 514]:

- передача информации, опыта и знаний между сотрудниками и подразделениями внутри медицинской организации;
- согласованность действий между сотрудниками различных подразделений внутри медицинской организации;
- согласованность действий между медицинской организацией и ее партнерами;
- внедрение программы сбора предложений сотрудников по улучшению работы организации;
- обеспечение действующей системы передачи информации важного содержания, необходимой для принятия решения;
- обучение персонала вопросам устойчивого развития организации.

Внешняя интеграция с потребителями, поставщиками, партнерами и др. представляет не меньший интерес у исследователей, чем внутренняя интеграция [201, 497].

Особое место в исследованиях занимает интеграция с учебными заведениями и научно-исследовательскими организациями, которая позволяет:

1. Осуществлять диффузию знаний и инноваций в практическую деятельность организации [45, 222, 235, 287, 443];

2. Проводить подготовку инновационно-активных кадров [14, 192, 197, 224, 235], которые отвечают потребностям современного состояния развития организаций, решая актуальные практические задачи [225, 288, 441];

3. Создать инфраструктуру инновационной деятельности, обеспечивающих интеграцию академических ценностей и научных центров, в основе которых лежит активная поддержка научных школ мирового уровня [223, 235, 287]. Создание малых инновационных компаний для поиска инновационных продуктов и услуг, способствующих повышению удовлетворенности потребителей [225, 288, 509, 515];

4. Проводить исследования, позволяющие улучшать деятельность как основных, так и вспомогательных процессов медицинской организации и публиковать их результаты в ведущих научных журналах [48, 232].

Многие компании за рубежом внедряют учебные фабрики как метод повышения квалификации своих специалистов от цеха до уровня управления. Основной целью обучения на таких фабриках является доступное и наглядное демонстрирование сложных бизнес-процессов и моделирование методов и концепций, которые совершенствуют процессы, делая их более эффективными [408, 431, 452].

Учебные фабрики позволяют синхронизировать процессы: бережливого управления, эффективности использования ресурсов, а также организации внутрифирменных процессов [346, 369, 463, 487].

«Фабрика процессов»: обеспечивает основу для самостоятельного и неформального обучения [390]; осуществляет моделирование производственных процессов по заказу сторонних организаций, с меньшим количеством ресурсов, чем

это требуется для внедрения процесса на основном производстве [391]; внедряет изменения в процессы и позволяет отслеживать краткосрочные эффекты [375, 456]; проверяет гипотезы научно-исследовательских и учебно-производственных проектов [488, 517]; моделирует рабочее место специалиста [440].

Более подробно особенности интеграции компаний с учебными и научными организациями рассмотрены нами в предыдущих исследованиях, поэтому нецелесообразно детально останавливаться на них в настоящей главе [29, 31, 36, 37, 235, 515].

Особое внимание следует уделить управлению организационными изменениями, которые, на наш взгляд, являются наиболее эффективной реакцией на изменение внешней среды. В устойчиво развивающейся компании организационные изменения, улучшения и инновации носят непрерывный характер. Для оценки таких изменений должны постоянно осуществляться анализ и оценка деятельности организации [355, 370, 409, 421, 424, 476].

Основными показателями эффективности при проведении анализа является достижение ключевых показателей деятельности организации, обозначенных в стратегии устойчивого развития [486].

В настоящее время накоплен значительный опыт оценки коммерческих предприятий и отдельных видов деятельности: сбалансированная система показателей (BSC), шесть сигм, KPI, SWOT анализ и др. [362, 377, 389, 429, 481].

В контексте нашего исследования особый интерес представляет модель бенчмаркинга, т. е. анализа конкурентной среды путем заимствования лучшего опыта для развития организации. Такой технологией является бенчмаркинг (benchmarking), который представляет собой эффективную маркетинговую политику, позволяющую совершенствовать бизнес-процессы организации и внедрять организационные улучшения, способствующие устойчивому развитию компании с наименьшими затратами ресурсов [388]. Методология проведения бенчмаркинга была впервые предложена в 1972 году исследовательской организацией PIMS (США), оказывающей консалтинговые услуги. И широкую известность получила благодаря исследованию «Бенчмаркинг конкурентоспособности» американской компанией Херох в 1979 году,

в результате которого оценивалось качество товаров фирмы по сравнению с японскими аналогами [359, 393, 492, 439, 504, 507].

В рамках данного исследования были рассмотрены отдельные аспекты проблемы применения технологии бенчмаркинга для осуществления организационных улучшений и инноваций, так называемый организационный бенчмаркинг. Исследователи A. Ceric, S. D'Alessandro, G. Soutar, L. Johnson предложили использовать бенчмаркинг для демонстрации процесса идентификации ресурсов с целью повышения эффективности управления организацией [350, 378, 508, 522].

Организационный бенчмаркинг оказывает значительное влияние на процесс принятия управленческого решения, предоставляя руководителю отдельные тактики достижения устойчивого развития организации. Организации, постоянно проводящие бенчмаркинг, делают его основой организационного обучения таким образом, чтобы улучшения и инновации становились частью корпоративной культуры компании [406].

Модель бенчмаркинга позволяет осуществлять поиск идей для постоянных улучшений и инноваций. Внедрение же этих изменений возможно посредством проектного управления. Современный уровень развития здравоохранения формирует особые условия работы медицинских организаций. С одной стороны, устойчиво развивающиеся медицинские организации внедряют в свою работу новые технологии, это касается не только лечебно-диагностического процесса, но и области управления, маркетинга, работы вспомогательных служб и т. д. При реализации таких целей необходимо учитывать ценность организационных инноваций [514], перспективность медицинских технологий и уровень устойчивости результата при осуществлении проекта [355, 385, 389, 421, 429, 437], а также сочетание его с другими проектами [477, 491]. Для достижения такого результата необходимо внедрить в работу организации проектное управление, в котором принимают участие не только профессионально компетентные менеджеры проектов и исполнители на различных уровнях, но и первые руководители организаций, использующие этот инструмент управления для

достижения долгосрочных целей развития и решения ключевых проблем компании [351, 404, 410, 423, 444, 445, 446, 462, 466, 471, 474, 484, 489, 491, 496, 500, 514, 522].

Результатом организационных инноваций должно быть: повышение эффективности работы организации; сокращение расходов; повышение эффективности использования ресурсов; повышение удовлетворенности потребителей; повышение удовлетворенности персонала и др. [358, 466].

Особо следует отметить, что организационные инновации в устойчиво развивающейся организации происходят непрерывно в виде серии улучшений и изменений. Поэтому внедрение организационных изменений должно осуществляться в совокупности с непрерывной оценкой деятельности компании [446, 477, 484].

Различными отраслями промышленности и сферы услуг накоплен значительный опыт управления устойчивым развитием организации. Наиболее эффективными методами являются:

- стратегическое планирование устойчивого развития;
- формирование ключевых показателей деятельности;
- менеджмент устойчивого развития, осуществляемый профессиональной командой управленцев;
- эффективное управление ресурсами, через реализацию концепции бережливого производства;
- внутренняя и внешняя интеграция;
- развитие человеческого капитала путем грамотной кадровой политики и обучения персонала, в т. ч. на учебных фабриках;
- управление организационными изменениями, посредством анализа и оценки деятельности организации, бенчмаркинга, проектного управления внедрения улучшений и инноваций.

Однако для здравоохранения как отрасли социальной сферы могут быть присущи особенности в достижении долгосрочных целей, которые будут рассмотрены в следующей части 1.3.

1.3 Проблемы управления медицинскими организациями

От эффективной работы медицинских организаций зависит доступность и качество оказания медицинской помощи, оптимальное расходование ресурсного обеспечения, и, как следствие, повышение показателей здоровья и средней продолжительности жизни населения [6, 52, 97, 100, 167, 168, 180, 182, 184, 208, 210, 228, 276, 312, 414, 436, 442, 496]. Однако, несмотря на меры государственной поддержки и реформирование отрасли, в системе здравоохранения остается ряд проблем, решение которых, на наш взгляд, лежит в плоскости управления устойчивым развитием медицинской организации, которые будут рассмотрены в настоящем параграфе.

Динамично развивающаяся отрасль здравоохранения меняет требования внешней среды, которая влияет на работу медицинских организаций. В системе здравоохранения долгосрочные цели развития лечебно-профилактических учреждений включают в себя задачи, поставленные государственными и региональными органами власти [252]. Поэтому только стабильно развивающиеся медицинские организации могут поддерживать реформу здравоохранения [101, 143, 189, 294, 295, 299, 392, 412, 471, 503].

Стратегия медицинской организации определяет уровень ее устойчивости. Эффективность осуществления стратегии зависит от профессиональной компетенции руководителей высшего звена и возможности медицинской организации реализовывать стратегию устойчивого развития, объединяя такие сферы деятельности, как управление ресурсами, основными и вспомогательными процессами, мониторинг, измерение, анализ и изучение деятельности организации, внедрение улучшений и инноваций в работу медицинской организации, а также кадровую политику и обучение персонала [3, 8, 23, 31, 91, 92, 165, 249, 254, 257, 260, 279, 306, 454, 496].

Однако каждая медицинская организация самостоятельно выбирает вектор устойчивого развития, определяя факторы, способствующие достижению ее долгосрочной цели. Государственные медицинские организации прописывают показатели эффективности своей деятельности с помощью дорожной карты, частные – делают акцент на комплексе лечебно-диагностических услуг [56, 277, 374, 435, 471].

При выборе факторов, повышающих устойчивость развития организации, руководители полагаются на свое видение ситуации, так как в отечественной и зарубежной литературе нет единой концепции о факторах, методах, механизмах и критериях, способствующих достижению устойчивого развития медицинской организации [31, 240].

Часто руководителю сложно оценить насколько те или иные воздействия внешней среды изменят устойчивость развития медицинской организации в долгосрочной перспективе [39, 184, 226, 353, 357, 359, 362, 378, 392, 495, 513].

Устойчивое развитие медицинских организаций невозможно без непрерывного улучшения результатов качества медицинской помощи, т. е. ключевых показателей деятельности медицинской организации [259, 348, 442, 480].

В амбулаторном звене такими показателями являются – повышение доступности медицинской помощи за счет снижения очередей и уменьшения времени ожидания приема к врачу; повышение качества оказания медицинской помощи за счет ориентации процессов на нужды пациентов, что, соответственно, повышает удовлетворенность; охват населения диспансерным наблюдением за счет снижения временных затрат на оказание этого вида медицинской услуги; повышение качества обслуживания лабораторно-диагностической службой; повышение результативности работы системы менеджмента качества; повышение доступности льготного лекарственного обеспечения за счет снижения времени ожидания назначений [194, 333, 336, 356, 422, 520].

В стационаре – повышение доступности медицинской помощи за счет сокращения времени на одну хирургическую операцию при одновременном повышении качества оказания медицинской помощи; повышение результативности

работы системы менеджмента качества за счет снижения количества дефектов при оказании медицинской помощи [67, 99, 191, 211, 334, 501].

В настоящее время достаточно остро в здравоохранении стоит проблема профессионализма руководителей медицинских организаций [96, 132, 189, 215, 489, 498, 499].

По данным различных исследований, в отечественном здравоохранении происходит увеличение количества руководящих работников по отношению к численности врачебных кадров. На 100 штатных единиц врачей приходится 3,6 руководителя. В период с 1995 по 2010 гг. произошел рост численности руководителей с 2,0 до 2,67 на 10 тысяч населения [74]. Особенно интенсивный рост произошел в Уральском и Сибирском Федеральных округах, увеличение составило в 6,5 и 5,1 раза соответственно. При этом количество медицинских организаций в государственном секторе снизилось в 2,2 раза [107, 251, 267].

Среди руководящих работников здравоохранения 96% имеют медицинское образование [22]. Руководителем в системе здравоохранения часто становится очень хороший специалист по клиническому направлению, который не владеет профессиональными знаниями в области менеджмента, однако, по оценкам исследователей, клинические знания и навыки составляют 15–20% от необходимых компетенций для эффективного управления [251]. В структуре рабочего времени контролирующая функция занимает $61,8 \pm 0,14\%$, координирующая функция – $15,2 \pm 0,13\%$ и организационная функция – $11,6 \pm 0,12\%$ времени [130, 283].

Исследователи отмечают отсутствие у руководителей навыков концептуального и стратегического планирования [37, 74, 138, 238, 283]. У заведующих отделениями существует серьезный пробел в знаниях управленческих компетенций и эффективности использования как кадровых, так и материально-технических ресурсов [210, 283].

По данным проведенных исследований, для формирования высокого профессионального уровня у руководителей здравоохранения необходимы новые подходы к созданию кадрового резерва руководителей и применение

современных образовательных технологий на последипломном этапе обучения [63, 124, 122, 142, 190, 217, 250, 283].

Создание кадрового резерва руководителей может решить проблему отбора и превентивной подготовки специалистов для выполнения функций руководителей, но в отечественном здравоохранении эта форма отбора управленческих кадров недостаточно развита в медицинских организациях [250, 251]. По данным исследований Садыковой Т. И. и Низамова И. Г., 33,8% управленцев направляются на обучение после назначения на руководящую должность [238].

В подготовке руководителей следует сделать акцент на методы эффективного управления организацией в условиях постоянно изменяющейся внешней среды [63, 122, 124, 142, 283].

Следует также обратить внимание руководителей, что концепция устойчивого развития медицинской организации не предполагает экономии ресурсов ради сокращения затрат, так как это в первую очередь снизит качество оказания медицинской помощи и удовлетворенность пациентов. Таким образом, чтобы вложения финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов обеспечивали эффективность работы каждого из процессов и при этом не были избыточны [376, 395, 434, 457, 461, 486, 489, 519].

Особенностью рынка медицинских услуг является то, что медицинская услуга неотделима от самого специалиста, она уникальна. Нанимая на работу специалиста, работодатель приобретает тем самым возможность оказания медицинской услуги определенного уровня и качества [42, 108, 411].

Исследования многих авторов по эффективному использованию кадрового потенциала медицинских организаций показали, что при условии дефицита кадров имеет место быть нерациональное использование кадровых ресурсов [42, 81, 84, 93, 150, 163, 179, 218, 328]:

– нарушение выполнения функциональных обязанностей (совмещение специалистами с высшим медицинским образованием ставок среднего и младшего

медицинского персонала, выполнение медицинскими работниками деятельности, относящейся к компетенции вспомогательного персонала и др.) [60, 93];

– неэффективное использование рабочего времени медицинских работников (низкая автоматизация рабочего места, изменение нагрузки, связанное с сезонным и циклическим распределением потока пациентов, нормы труда не соответствуют фактическому выполнению нагрузки и т. д.) [163];

– снижение профессиональной компетенции медицинских работников, связанное с тем, что работники не ориентированы на конечный результат своей деятельности, и, как следствие, отсутствие у них мотивации к непрерывному медицинскому образованию, что существенно снижает удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг. По данным исследований, почти половина, или $42,8 \pm 3,9\%$, респондентов, работающих в поликлиниках, отметили, что не проводится постоянное плановое повышение квалификации внутри их МО, таковых в стационарах города $19,6 \pm 5,0\%$ [42];

– отсутствие вовлеченности работников в решение задач, поставленных перед медицинской организацией (медицинский персонал практически не принимает участие в разработке положений о стимулирующей системе оплаты труда, нормировании труда, организации труда и т. д.) [72, 84, 163, 278].

Для решения этих вопросов в настоящее время внедрена и активно работает с 2016 года модель непрерывного медицинского образования [1, 46, 124].

Однако неблагоприятные условия работы, повышенная ответственность за результаты труда, нерациональная организация труда, низкая оплата медицинских работников в течение длительного времени привели к кадровому дисбалансу в медицинских организациях [42, 74, 79, 93, 116, 163, 218, 227, 262, 281].

Поэтому в настоящее время все еще остро перед здравоохранением стоит проблема кадрового обеспечения, так как качественные медицинские услуги могут оказываться только специалистами высокого профессионального уровня [5, 15, 49, 84, 163, 170, 230].

Для решения кадровых проблем в здравоохранении необходима интеграция медицинских организаций с учебными заведениями и региональными органами власти [41, 90, 93, 138, 212, 269, 307, 403].

Интеграция – объединение усилий вуза и работодателей с целью непрерывного образования ключевым компетенциям профессиональной деятельности для повышения качества оказания медицинской помощи населению [453]. Также важна интеграция вуза и медицинских организаций для решения вопросов профессиональной адаптации выпускников [116, 218].

Ряд исследователей выделяют и другие формы интеграции учреждений здравоохранения: со страховыми медицинскими организациями для устранения системных дефектов качества оказания медицинской помощи [38, 509]; с научно-исследовательскими учреждениями для обоснованности лечебно-диагностической помощи населению [29, 31, 36, 37, 235]; с региональными органами власти для решения кадровых вопросов и ресурсного обеспечения [93, 269]; интеграция с частными фирмами для решения задач государственно-частного партнерства [186, 193, 328, 362, 374, 383, 498]; с общественными организациями для реализации социальных проектов и повышения профессионализма медицинских работников [218, 490, 510]; интеграция с поставщиками продукции и услуг для повышения эффективности работы медицинской организации [445, 498]; интеграция с другими медицинскими организациями для повышения преемственности и качества оказания помощи населению [347, 459]. Ряд исследований показали, что чем более активно медицинская организация сотрудничает с партнерами и заинтересованными сторонами, тем выше эффективность ее работы [438].

В настоящем исследовании следует отметить опыт медицинских организаций, внедривших в свою работу положения стандарта ISO 9001 (для отечественных организаций национальный стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2015) [26, 27, 28, 33, 34, 83, 372, 420, 502, 505, 518].

Система менеджмента качества позволяет:

- разрабатывать новую систему внутреннего и внешнего документооборота, описывая процессы, процедуры, правила и т. д. [171, 232, 305];
- создавать организационную культуру внутри медицинской организации, способствующую повышению качества [26, 27, 28, 31, 35, 66, 171, 232, 234, 236];
- адекватно реагировать на изменения внешней среды организации [372];
- анализировать возможные риски [120, 518];
- четко распределять функции и ответственных за качество внутри медицинской организации [171, 507];
- вовлекать медицинский и вспомогательный персонал в реализацию концепции системы качества [420];
- анализировать материально-техническую базу организации, способствующую повышению качества оказания медицинских услуг [161].
- анализировать ресурсы, способствующие достижению целей в области качества [171].

Кроме того, исследователями отмечается медицинская эффективность работы учреждения здравоохранения:

- достоверно снизилась «смертность от болезней системы кровообращения на 17,4%, смертность от цереброваскулярных болезней – на 24,5%, на 28,3% сократилось количество посетителей в регистратуре поликлиники, уменьшилось время ожидания очереди на прием к врачу с 45–50 до 10–15 минут» [7];
- сократился предоперационный период [326];
- уменьшилось число послеоперационных осложнений на 36%, в 2,7 раза частота отрицательного исхода лечения и на 28%;
- летальность после операций с искусственным кровообращением.

Эффективность внедрения положений стандарта ISO 9001 послужило началом научных исследований по оценке эффективности других инструментов, предложенных Международной организацией по стандартизации [372, 502].

Ряд исследований 2001–2018 годов посвящены вопросам интеграции различных стандартов ISO с целью анализа улучшений работы медицинской организации [126, 127, 128, 239, 240]. В нашей работе не ставится задача

сопоставить стандарты, тем не менее, результаты проводимого нами исследования показывают, что внедрение системы менеджмента качества может закладывать основы для устойчивого развития организации.

За последнее время накоплен опыт применения стандарта ГОСТ Р ИСО 9001 различных годов пересмотра в стационарах, амбулаторно-поликлинической службе [185], консультативно-диагностическом центре [128], научно-исследовательских институтах медицинского профиля [13, 297] и т. д. Что позволило внедрить процессный и системный подход к основной деятельности организации, вовлечь персонал в достижение целей в области качества, повысить удовлетворенность пациентов, улучшить среду организации, разработать и внедрить систему документирования информации, и, как следствие, повысило качество оказания медицинской услуги с минимальными затратами [37, 62, 76, 169, 270].

Однако для развития отрасли здравоохранения необходимо повышение доступности и качества медицинских услуг при условии эффективного использования ресурсов. В этом случае целесообразно изменение традиционных подходов к управлению медицинской организацией, исходя из принципов повышения эффективности как основных, так и вспомогательных процессов учреждения здравоохранения, обеспечивающих его устойчивое развитие при условии ресурсосбережения [361, 365, 512, 521]. В этом ключе, в первую очередь, необходимо обратить внимание на концепцию устойчивого успеха организации, указанную в международном стандарте ГОСТ Р ИСО 9004-2019 [527].

Во-первых, этот подход основан на принципах TQM (Total Quality Management - всеобщего управления качеством), успешное применение которых уже зарекомендовало себя в здравоохранении [240, 425].

Во-вторых, концепция может быть интегрирована с другими стандартами серии ИСО [126, 127, 128].

В-третьих, важно, что для организаций, внедрявших элементы системы менеджмента качества стандарта ИСО 9001, работу можно трансформировать с основных процессов, обеспечивающих качество медицинской услуги, на другие процессы организации [25, 86, 135, 136, 157, 183, 285].

Растущая конкуренция между частными и государственными медицинскими организациями требует постоянного повышения качества оказания медицинских услуг, внедрение новых организационных технологий и совершенствования лечебно-диагностического процесса. Многие в этих процессах зависят от навыков внедрения организационных изменений.

Устойчивое развитие организации предполагает постоянное внедрение улучшений и инноваций для получения максимальной отдачи от вложенных ресурсов, что и способствует достижению долгосрочных целей не только самой медицинской организации, но и улучшение показателей эффективности национальной системы здравоохранения [366, 437].

В настоящее время в отечественном здравоохранении имеются ряд проблем, которые несут преимущественно организационный характер:

1. Слабым местом работы медицинской организации является преемственность ведения больных и использование стандартов и клинических рекомендаций [152, 181, 245, 247, 290].

2. Официальные результаты проверок Росздравнадзора, свидетельствуют о том, что более чем в 60% медицинских организаций выявляются системные нарушения организации внутреннего контроля качества медицинской помощи [290].

3. Непринятие со стороны организаторов здравоохранения должных мер по жалобам и обращениям граждан [173, 290, 313].

4. Ведущей долей (до 75%) в структуре обращений граждан по вопросам здравоохранения является доля, связанная с качеством оказания медицинской помощи [290].

5. Формальный подход врачебных комиссий к осуществлению своих основных функций по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности [290].

6. Ретроспективная оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, ведущая к несвоевременным решениям [290].

7. Проблема несвоевременности получения медицинской помощи ввиду несовершенства технологий маршрутизации пациентов, незавершенности процесса информатизации и недостатков транспортной системы [156, 329].

Итак, благодаря организационным ошибкам существенно страдает качество оказания медицинской помощи, и, как следствие, снижается здоровье населения.

В период интенсивного развития здравоохранения, на первый план выходит потребность в повышении качества управления на всех уровнях здравоохранения, особенно в медицинских организациях. Профессионализм руководителей, умение их реагировать на вызовы времени, навыки управления организационными изменениями играют решающую роль в управлении устойчивым развитием учреждения здравоохранения.

Необходима практико-ориентированная подготовка руководителей медицинских организаций по вопросам эффективного менеджмента, управления ресурсным обеспечением и организационными изменениями.

Исследователи описывают эффективность внедрения системы менеджмента качества, основанную на стандарте ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Эта модель позволяет не только повысить качество оказания медицинской помощи, но и улучшить показатели экономической, социальной, организационной, кадровой и другой эффективности.

Для повышения эффективности работы медицинских организаций необходимо решить ряд актуальных задач: внедрение в работу медицинских организаций стратегии устойчивого развития; повышение профессиональной компетентности руководителей учреждений здравоохранения; проведение кадровой политики, способной вовлекать персонал в достижение долгосрочной цели организации; развитие внешней и внутренней интеграции; внедрение в работу моделей, способных осуществлять организационные изменения и совершенствовать деятельность медицинской организации.

Вопрос применения модели устойчивого развития в медицинской организации недостаточно изучен, в отечественной и зарубежной литературе

представлены только отдельные факторы и механизмы, что обусловило актуальность нашего исследования.

В национальных системах здравоохранения различных стран, присутствует ряд общих проблем, связанных с дисбалансом факторов устойчивости развития медицинских организаций. В то же время от эффективной работы учреждений здравоохранения зависит не только интенсивность развития отрасли, но и повышение показателей здоровья населения. Анализируя опыт стран, в которых демонстрируется положительная динамика изменения средней продолжительности жизни населения, мы пришли к выводу, что в основе преобразования отрасли лежит повышение эффективности работы учреждений здравоохранения и за счет внедрения организационных изменений, применения технологии бенчмаркинга, внедрения систем менеджмента качества, основанных на международных стандартах, формирование рейтинга и общественного контроля за деятельностью медицинских организаций, что способствует их устойчивому развитию.

Однако, с одной стороны, в известных моделях управления медицинской организацией только частично раскрывается потенциал устойчивости. С другой стороны, различными отраслями промышленности и сферы услуг накоплен значительный опыт менеджмента устойчивого развития организации, который позволяет получить повышение эффективности основных и вспомогательных процессов при максимальной отдаче от имеющихся ресурсов. Среди наиболее известных моделей, способствующих устойчивому развитию организации, встречаются: стратегическое планирование устойчивого развития, внешняя и внутренняя интеграция, применение моделей стандартов ИСО 9001 и ИСО 9004, бенчмаркинг, бережливое производство, проектное управление, развитие человеческого капитала и др. С третьей стороны, несмотря на меры государственной поддержки и реформирование отрасли, в системе здравоохранения остаются ряд проблем, которые, на наш взгляд, лежат в плоскости управления устойчивым развитием медицинской организацией. Так, реализация эффективной стратегии развития зависит от профессиональной команды управленцев, которыми, в нашей стране, становятся специалисты по клиническим направлениям, поэтому им

необходим курс обучения устойчивому развитию медицинской организации; не соблюдается баланс между ресурсным обеспечением и повышением эффективности всех процессов организации, включая финансовые, материально-технические и кадровые ресурсы; внешняя и внутренняя интеграция развита слабо, и только с рядом потребителей и партнеров, что не позволяет раскрыть потенциал устойчивости и повысить эффективность работы медицинской организации. Конечно, применение модели стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 позволило получить достоверное повышение медицинской, социальной и экономической эффективности по данным исследований, однако положения системы менеджмента качества редко используются для повышения устойчивости развития всей организации в целом. Кроме того, ограниченные навыки управления организационными изменениями затрудняют проведение мероприятий по повышению эффективности основных и вспомогательных процессов в медицинской организации.

Таким образом, в период интенсивного развития здравоохранения, руководителям медицинских организаций необходима модель управления устойчивым развитием учреждения здравоохранения, которая позволит сбалансировать работу организации и достичь максимальной медицинской, социальной и экономической эффективности от вложенных ресурсов.

ГЛАВА 2 МЕТОДОЛОГИЯ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ источников, рассмотренных нами в 1 главе, показал, что развитие здравоохранения на современном этапе требует оптимизации деятельности медицинских организаций, направленных на устойчивое развитие, т. е. эффективное управление материально-технической базой и ресурсным обеспечением. Решение этой задачи предполагает применение принципиально новых моделей управления устойчивым развитием медицинских организаций.

Разрабатывая методологию данного исследования, мы исходили из того, что в каждой медицинской организации есть определенный (низкий или высокий) потенциал устойчивости, который определяется рядом факторов, т. е. процессами, позволяющими достигать долгосрочной цели. При этом факторы устойчивости могут быть как специфическими для системы здравоохранения, так и общими для всех организаций и предприятий любой формы собственности и сферы деятельности. Термины и определения, используемые в работе приведены в Приложении А, поэтому подробно на их описании останавливаться не будем.

2.1 Комплексное исследование проблем управления устойчивым развитием организации

Работа выполнена по плану НИР ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России «Совершенствование регионального здравоохранения и деятельности медицинских организаций на основе методологии стратегического планирования,

инноваций и принципов менеджмента качества» (номер государственной регистрации 01201354541).

При проведении исследования использовались методы: метод коллективного блокнота, SWOT-анализ, метод анализа иерархий Т.Л. Саати, метод желательности Л. Харрингтона, метод В. Парето; аналитический, в т. ч. компаративный анализ; метод логического анализа; нормативно-правовой анализ; социологический метод; экспертный метод (метод оценки компетентности Ф.Э. Шегери, метод квотной выборки, метод Дельфи (Е.Н. Шиган, 1983 г.)); организационно-функциональное моделирование; статистический метод (метод анализа временных рядов с использованием линии тренда, регрессионного анализа и прогнозирования, метод определения репрезентативности выборочной совокупности (Ю.П. Лисицина, 1998 г.), метод оценки степени согласованности экспертов М.Д. Кендала).

Объект исследования – деятельность медицинских организаций, оказывающих помощь населению в современных условиях.

Предметом исследования является управление устойчивым развитием медицинской организацией, оказывающей помощь населению в амбулаторных условиях.

Единицы наблюдения – респонденты (руководители медицинских организаций различных организационно-правовых форм собственности), эксперты первого уровня (руководители медицинских организаций, демонстрирующих устойчивость развития), эксперты второго уровня (руководители устойчиво развивающихся медицинских организаций, прошедших обучение по программе «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»), респонденты (руководители медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих ПМСП населению).

Базами проведенного исследования являются медицинские организации Новосибирской области, оказывающие ПМСП населению, включая ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27», на базе

которой проводилось внедрение модели управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях.

Материалами исследования являются статистические данные о состоянии медицинских организаций в России за 1996–2021 гг. по данным Росстата. Сводные статистические данные показателей общественного здоровья и здравоохранения в России по данным программ «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.), анализировались фактические значения за период 2006–2020 гг., а также плановые значения показателей за период с 2021 по 2025 гг. Нормативно-правовая документация, характеризующая потенциальную возможность для устойчивого развития медицинской организации. Данные социологического опроса руководителей медицинских организаций факторов, влияющих на устойчивость развития медицинской организации; данные экспертной оценки процессов, влияющих на устойчивость развития медицинской организации. Карты компетентности экспертов, позволяющие определить качество полученных данных субъективной оценки, анкета и акт самообследования, позволяющие оценить уровень устойчивости медицинской организации (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Материал и методы исследования

Этапы	Задачи исследования	Материалы исследования	Методы исследования
I этап	1) Разработать комплексный подход к исследованию проблем управления устойчивым развитием организации	1. Карта компетентности эксперта (147 карт по 3 параметрам оценки)	2011 г. –экспертный метод; –метод коллективного блокнота
		2. Групповые записи возможных факторов, влияющих на устойчивое развитие медицинских организаций (12 экспертов) (71 фактор)	
	2) Разработать и апробировать интегральную методику оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации	1. Стандарт ГОСТ Р ИСО 9004-2009	2012–2017 гг. – SWOT – анализ
		2. Иерархическая матрица (12 экспертных карт, 364 параметра оценки)	–метод анализа иерархий Т.Л. Саати; – экспертный метод
		3. Интегральный показатель потенциала устойчивого развития медицинской организации, выделенный в иерархических матрицах	–метод желательности Л. Харрингтона

		(5 диапазонов оценки)	
		4. Локальные нормативные акты ГБУЗ НСО «ККДП № 27» (2017) 5. Акт самообследования устойчивого развития медицинской организации	– методика интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации
II этап	3) Провести нормативно-правовой и статистический анализ состояния развития системы здравоохранения и медицинских организаций и оценить базовый потенциал устойчивости развития МО	1. Выборочные статистические данные о состоянии медицинских организаций в России с 1996 по 2021 гг. по данным Росстата (9 показателей за 25 лет); 2. Выборочные целевые показатели программ «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.): - фактические показатели за период 2006–2020 гг.; - плановые показатели за период 2021–2025 гг. (5 ключевых целевых показателя за 20 лет)	2010–2023 гг. –статистический метод; –компаративный анализ
		3. Выборочные нормативно-правовые документы по развитию системы здравоохранения в Российской Федерации (178 документов)	– нормативно-правовой анализ (1998–2023 гг.)
		4. Результаты нормативно-правового анализа	– методика интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации
III этап	4) Провести пилотное социологическое исследование по определению среднего потенциала устойчивости развития МО	Анкеты «Устойчивое развитие медицинских организаций» (625 анкет по 59 параметрам оценки)	2012–2016 гг. –статистический метод; – социологический метод.
		Результаты социологического исследования руководителей медицинских организаций	– методика интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации
	5) Провести комплексную оценку влияния различных факторов на устойчивость развития медицинской организации по данным экспертного опроса	1. Карты компетентности экспертов (286 карт по 3 параметрам оценки)	2012–2016 гг. – экспертный метод
2. Экспертные карты (286 экспертных карт по 71 параметру оценки)		– экспертный метод	
3. Результаты анализа экспертного опроса с выделением 14 ключевых показателей		– метод В. Парето; – метод логического анализа	

IV этап	6) Разработать, научно обосновать и апробировать модель управления устойчивым развитием МО и оценить ее влияние на потенциал УРМО	1. Результаты анализа комплексного исследования; 2. Иерархические матрицы	2012–2017 гг. – организационно-функциональное моделирование
		3. Локальные нормативные акты ГБУЗ НСО «ККДП № 27»	2017–2022 гг. – методика интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации
V этап	7) Провести оценку устойчивости медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению и сформировать их рейтинг	Результаты анкетного опроса руководителей медицинских организаций (41 карта по 374 показателю оценки)	2022–2023 гг. – методика интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации; – метод компаративного анализа

Для оценки достоверности результатов социологического и экспертного исследований использован стандартный метод (средняя ошибка средней величины – $M \pm m$ и среднее квадратическое – сигмальное отклонение σ). Репрезентативность выборочной совокупности определялась по таблицам К.А. Отдельновой для исследования повышенной точности ($t=2,5$, $q=0,98$), желаемая точность исследования ($K = 0,1$) (Ю.П. Лисицын, 1998). Компетентность экспертов определялась по методам оценки компетентности Ф.Э. Шегери, степени согласованности экспертов М.Д. Кендалла. Для обработки статистического материала использовался пакет прикладных статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft, 2001) и стандартный пакет программ Excel 2007.

Исследование устойчивости развития медицинской организации проходило в 5 этапов.

На первом этапе разработана методология комплексного исследования, включающая анализ и оценку состояния устойчивого развития медицинских организаций в нашей стране по данным нормативно-правовой базы, официальных статистических данных, результатов собственного социологического исследования и экспертной оценки факторов устойчивости развития медицинской организации. А также проходила разработка и научное обоснование методики интегральной

оценки устойчивости развития медицинской организации на основе показателей национального стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009, математического анализа, организационно-функционального моделирования, экспертной оценки, метода анализа иерархий Т.Л. Саати и шкалы желательности Л. Харрингтона, с использованием которой проведена оценка базового и среднего потенциалов устойчивого развития медицинских организаций.

Полученные данные результатов исследования позволили разработать и научно обосновать модель управления устойчивым развитием медицинской организации и апробировать ее на четвертом этапе исследования.

В общей сложности в исследовании проводилось изучение более 550 параметров оценки различных аспектов проблемы управления устойчивым развитием медицинской организации.

Разработка методологии комплексного исследования проблем управления устойчивым развитием организации проходила с использованием экспертного опроса методом квотной выборки.

В проведенном в 2011 г. исследовании приняли участие 147 слушателей, обучающихся на цикле повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Из них была сформирована группа экспертов, отвечающих следующим основным критериям: 1) руководитель медицинской организации; 2) стаж работы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» более 5 лет; 3) уровень компетентности экспертов по методу Ф.Э. Шегери от 0,8 до 1.

Таким образом, была сформирована группа из 12 экспертов, которые методом коллективного блокнота определили перечень факторов, влияющих на устойчивость развития медицинской организации.

В нашем исследовании под устойчивым развитием организации понимается способность организации решать поставленные задачи и добиваться достижения долгосрочных целей в период от 3 лет и более. Для обозначения параметра респонденты указывали уровень достижения долгосрочных целей организации в

годах. Критерием устойчивости медицинской организации являлось мнение респондента.

Экспертная оценка факторов, влияющих на устойчивое развитие медицинской организации, проводилась в два этапа. На первом этапе, методом коллективного блокнота экспертами были выделены факторы устойчивости. На втором этапе, эксперты определили степень влияния данных факторов на устойчивость развития медицинской организации.

Каждый эксперт, независимо от других, выдвигал идеи относительно различных факторов, влияющих на устойчивость развития медицинской организации. В дальнейшем результаты мнений различных респондентов обсуждались группой экспертов и обобщались. Таким образом, были получены факторы, влияющие на устойчивое развитие медицинских организаций, которые послужили основой для разработки анкет и экспертных карт исследования.

Основное назначение проводимого экспертного опроса: оценка текущего состояния медицинских организаций, выявление наиболее существенных, важных аспектов исследуемой проблемы управления устойчивым развитием медицинской организации, повышение надежности, достоверности, обоснованности информации о текущем состоянии деятельности организации, выводов и практических рекомендаций благодаря использованию знаний и опыта экспертов.

Оценка компетентности экспертов проводилась на основании совокупного индекса, предложенного директором Центра социального прогнозирования и маркетинга Ф.Э. Шегери⁵ (2.1):

$$k = \frac{k_1 + k_2 + k_3}{3} \quad (2.1),$$

где k_1 – числовое значение самооценки экспертом уровня своих теоретических знаний;

k_2 – числовое значение самооценки практического опыта;

k_3 – числовое значение самооценки способности к прогнозу;

k – коэффициент уровня компетентности эксперта.

⁵ Добренъков В.И., Кравченко А.И. Методы социологического исследования – М.: ИНФРА-М, 2008. – С. 498.

Совокупный индекс рассчитывался на основании оценки экспертами своих знаний, опыта и способностей по ранговой шкале с позициями «высокий», «средний», «низкий». При этом первой позиции приписывается числовое значение «1», второй – «0,5», третьей – «0».

Коэффициент уровня компетентности эксперта может изменяться от 1 (полная компетентность) до 0 (полная некомпетентность).

Получение первичных числовых значений самооценки (k_1 , k_2 , k_3) для расчета индекса компетентности экспертов проводилось по Картам самооценки компетентности эксперта на этапе подготовки к проведению исследования (Приложение Б).

В результате проведенного отбора, в группу экспертов нами были включены респонденты, у которых индекс компетентности не менее среднего (0,5) и выше (до 1). Фрагмент результатов оценки компетентности эксперта отражен в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Коэффициент уровня компетентности экспертов группы

Эксперты	Уровень компетентности эксперта			Коэффициент уровня компетентности эксперта
	Теоретический уровень	Практический уровень	Способность к прогнозированию	
Эксперт 1	1	1	1	1
Эксперт 2	1	1	1	1
Эксперт 3	1	1	1	1
Эксперт 4	1	1	1	1
Эксперт 5	1	1	1	1
Эксперт 6	1	1	0,5	0,833333
Эксперт 7	1	1	1	1
Эксперт 8	1	1	0,5	0,833333
Эксперт 9	1	0,5	1	0,833333
Эксперт 10	1	1	1	1
Эксперт 11	1	1	0,5	0,833333
Эксперт 12	1	1	1	1
Средний показатель оценки	1,00	0,96	0,88	0,94

Средний показатель самооценки по уровням компетенции экспертов вычисляется по формуле 2.2.

$$Z = \frac{\sum k_n}{m} \quad (2.2)$$

где Z – средний показатель самооценки по уровням компетентности;

k – числовое значение самооценки каждого эксперта;

n – уровень самооценки;

m – количество экспертов.

Итак, оценку по различным вопросам устойчивости развития медицинской организации проводят группы экспертов, компетентные в своей области знаний.

Этап разработки интегральной методики оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации будет подробно описан в части 2.2. настоящей работы.

В основе проводимого нормативно-правового и статистического анализа состояния развития системы здравоохранения и медицинских организаций было положено 178 нормативно-правовых документов с 1997 по 2023 гг. и выборочные статистические данные о ресурсном состоянии медицинских организаций в России с 1996 по 2021 гг., а также выборочные целевые показатели программ «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.): фактические показатели за период 2006–2020 гг.; и плановые показатели за период 2021–2025 гг.

Поскольку влияние единичных факторов устойчивости на работу медицинской организации может не привести к желаемому результату, то на следующем этапе комплексного исследования методом социологического опроса руководителей было определено влияние различных групп факторов устойчивости на достижение долгосрочных целей, а также закономерностей распределения факторов среди медицинских организаций различной организационно-правовой формы собственности, уровня устойчивости, использования различных организационных методов развития медицинских организаций.

Целью социологического исследования было определение потенциала достижения долгосрочных целей организации в течение трех и более лет в зависимости от использования факторов, влияющих на устойчивость развития медицинских организаций, выделенных экспертами на предыдущем этапе исследования. Для изучения мнения руководителей по вопросам потенциала устойчивости развития медицинских организаций разработана анкета,

включающая вопросы устойчивости медицинских организаций на данном этапе развития здравоохранения (59 параметров оценки) (Приложение В).

Репрезентативность выборочной совокупности определена по таблице 2.3 определения необходимой выборочной совокупности (Ю.П. Лисицын, К.А. Отдельнова и др., 1998).

Таблица 2.3 – Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования, K	$t = 2,0$	$t = 2,5$	$t = 3,0$
		$q=0,95$	$q=0,98$	$q=0,99$
Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	36
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
Исследование средней точности	0,2	100	156	225
Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Как видно из таблицы 2.3, необходимый объем выборки для получения устойчивых результатов с достаточной степенью уверенности и точности составляет 625 ($K=0,1$; $q=0,98$, $t = 2,5$).

В социологическом исследовании принимали участие 625 руководителей медицинских организаций разной формы собственности. Должность главного врача занимали 12,96% респондентов, директора – 6,4%, заместитель главного врача по медицинским вопросам – 60,8%, и заместитель главного врача по экономическим вопросам – 19,84% опрошенных.

$$K = \Delta / \delta \quad (2.3)$$

Δ – задаваемая степень точности;

t – доверительный коэффициент;

δ – среднеквадратическое отклонение.

Высшее медицинское образование было у 80,16% респондентов, 24,48% имели высшее экономическое и 3,52% – высшее юридическое образование. Два и более высших образования отмечалось у 8,16% респондентов, в основном устойчиво развивающихся медицинских организаций.

Среди медицинских организаций, участвующих в исследовании закономерностей распределения групп факторов устойчивости среди различных медицинских организаций было 35,2% амбулаторно-поликлинических учреждений, 29,6% стационаров, 5,92% специализированных центров, 1,12% научно-исследовательских институтов медицинского профиля, 28,16% частных медицинских организаций.

При этом, по мнению респондентов, 45,76% исследуемых медицинских организаций продемонстрировали устойчивый рост в течение трех лет.

Медицинские организации государственной формы собственности составили 71,84%, частной – 28,16%. В отдельные группы были включены организации, внедряющие в свою работу элементы системы менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001 (19,68%) и реализующие стратегию развития (43,36%).

Исследовав устойчивость развития МО, были изучены закономерности распределения групп факторов среди медицинских организаций различной организационно-правовой формы собственности (государственные/частные медицинские организации), уровня устойчивости (устойчивые/неустойчивые МО), и использования организационных методов развития (например, внедряющие элементы системы менеджмента качества ГОСТ Р ИСО 9001 или реализующие стратегию развития).

Таким образом, социологическое исследование позволило определить основные группы факторов, влияющих на устойчивое развитие МО, а также показало закономерности их распределения в зависимости от организационно-правовой формы и внедрения организационных изменений.

На следующем этапе экспертного исследования была проведена оценка степени влияния факторов на устойчивость развития медицинской организации в современных условиях развития здравоохранения по 71 параметру оценки (Приложение Г).

Экспертами на данном этапе исследовании выступали 286 руководителей высшего звена крупных медицинских организаций, демонстрирующих показатели

устойчивого роста на протяжении трех лет, согласно критерию национального стандарта серии ГОСТ Р ИСО 9004-2009.

Экспертами выступали как организаторы здравоохранения, имеющие высшее медицинское образование, так и ведущие экономисты медицинских организаций со стажем работы в системе здравоохранения не менее 5 лет.

Общий стаж работы экспертов в медицинских организациях составляет более 10 лет.

Стаж работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» для экспертов, имеющих высшее медицинское образование, составлял более 5 лет.

Среди опрошенных экспертов должность главного врача занимали 8,39% респондентов, директор – 3,14%, заместитель главного врача по экономике (ведущий экономист) – 43,35%, и заместитель главного врача по медицинской части – 45,1% опрошенных.

В опросе участвовали руководители амбулаторно-поликлинических учреждений (37,76%), стационара (46,5%), специализированных центров системы здравоохранения (9,44%), научно-исследовательских институтов медицинского профиля (1,4%), и частных медицинских центров (4,9%).

Респонденты имели высшее медицинское образование (56,64%), высшее экономическое образование (44,05%) и высшее юридическое образование (1,39%).

По результатам самооценки компетентности экспертов средний уровень их теоретической подготовки по вопросам влияния различных факторов на устойчивое развитие медицинской организации достаточно высок и составляет 0,98. Средний практический уровень компетентности опрошенных экспертов 0,87, и средний уровень способности экспертов к прогнозированию 0,81. Таким образом, средний коэффициент компетентности эксперта составляет 0,89 (Приложение Д).

Экспертная оценка проводилась двумя блоками. Первый блок вопросов включал оценку факторов, влияющих на устойчивость развития медицинской

организации, а второй блок вопросов – применение различных методов для повышения устойчивости медицинской организации.

В первом блоке программы исследования экспертам предлагалось оценить по десятибалльной шкале влияние различных факторов на устойчивость развития медицинской организации. При условии, что 1 баллу соответствует минимальная оценка влияния фактора, а 10 баллам – его максимальное влияние.

Во втором блоке исследовались известные методы, способствующие развитию организации, и повышающие эффективность ее работы: кадровые технологии, внешняя и внутренняя интеграция, анализ эффективности всех бизнес-процессов.

Степень согласованности экспертов оценена с помощью коэффициента конкордации Кендалла (W), который рассчитывался программным путем и составил 0,8, что соответствует высокому качеству оценки.

Для оценки достоверности результатов исследования использован стандартный метод (средняя ошибка средней величины – $M \pm m$ и среднее квадратическое – сигмальное отклонение σ).

Итак, в результате экспертного опроса были выделены основные факторы, оказывающие воздействие на устойчивость развития организации, которые оценены по степени влияния на достижение ее долгосрочных целей.

Таким образом, разработка методологии комплексного исследования, позволили выявить факторы устойчивости развития, как общего характера, так и специфичные для медицинской организации.

2.2 Разработка методики интегральной оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации

Руководитель медицинской организации принимает множество решений относительно развития тех или иных видов деятельности в организации. В условиях ограничения ресурсов, выбор между различными процессами должен происходить в пользу тех, которые реализуют стратегию устойчивого развития. Поэтому руководителю необходим инструмент объективной оценки эффективности принимаемых решений.

Поэтому одной из задач исследования стала разработка и научное обоснование методики интегральной оценки устойчивости развития медицинской организации, которая позволяет на основе математического аппарата, определять, как оценку различных процессов, суммарную оценку ключевых групп организационных процессов, оценку направлений деятельности, так и интегральную оценку потенциала устойчивости всей медицинской организации в целом.

За последнее десятилетие накоплен значительный практический опыт применения национальных стандартов серии ГОСТ Р ИСО 9000 в медицинских организациях различного профиля. Особенности этих стандартов является ясность формулировок, четкость определения порядка действий, универсальность, применимость в различных сферах деятельности и т. д.

Внедряя в работу стандарт ГОСТ Р ИСО 9001 «Системы менеджмента качества» [528] различных годов пересмотра, многие медицинские организации достигли значительных улучшений показателей качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности пациентов, описанные нами в главе 1.

Однако стандарт ГОСТ Р ИСО 9004-2009 [527], обладая теми же подходами к деятельности организации, менее распространен среди организаций вообще и медицинских организаций в частности.

По данным нашего исследования в медицинских организациях почти не используют его для формирования своей стратегии и политики. Это связано, прежде всего, с рекомендательным характером данного документа, и необязательностью его применения для сертификации деятельности организации по международным стандартам. Тем не менее, SWOT-анализ методики оценки стандарта показал, что он обладает необходимыми условиями для организации работы по управлению устойчивым развитием медицинской организации. Сильными сторонами применения стандарта являются:

1. Стандарт основан на опыте наиболее эффективных международных организаций, которые демонстрируют устойчивость развития на протяжении нескольких лет.

2. Стандарт демонстрирует последовательное развитие бизнес-процессов, что позволяет руководителю формировать стратегию развития медицинской организации поэтапно, начиная с текущего уровня устойчивости организации до его максимального значения.

3. В зависимости от целей, поставленных перед медицинской организацией, текущим состоянием развития системы здравоохранения, руководитель может выбрать для своей организации наиболее значимые ключевые процессы и включить их в стратегию развития МО.

4. Стандарт содержит более 350 показателей деятельности организации, последовательное достижение которых способствует повышению потенциала устойчивости организации.

5. Показатели устойчивости организации охватывают все процессы, а не только экономический блок, как в других методах оценки.

К возможностям применения стандарта в организации можно отнести:

1) Подход на основе системы менеджмента качества уже показал свою эффективность в медицинских организациях различного уровня, и, следовательно, есть достаточные основания для его внедрения.

2) Стандарт допускает дополнение показателей оценки, в зависимости от целей и задач, поставленных перед организацией.

3) Стандарт применим в организациях различных организационно-правовых форм собственности, в т. ч. и в государственных учреждениях.

К слабым сторонам системы оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 относятся следующие моменты. У каждого руководителя есть собственное субъективное мнение о важности тех или иных действий для развития медицинской организации. Одни читают эффективным только развитие лечебно-диагностического процесса, другие маркетинговой службы, третьи – стратегии организации. Изучение факторов устойчивости медицинской организации показало, что каждый из этих направлений важен для развития организации, но в различное время и на различных уровнях управления системой. Поэтому нельзя дать однозначной оценки степени их влияния на устойчивость развития организации. Однако руководителю часто необходимо объективное обоснование приоритетности принимаемых решений, которое выражается в числовых значениях. Одним из основных недостатков стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 является отсутствие математической оценки каждого вида деятельности и интегральной оценки потенциала устойчивости организации в целом.

Многокритериальность параметров каждого уровня зрелости. В связи с тем, что для достижения каждого уровня зрелости организация должна соответствовать всем критериям, поэтому если не выполнен хотя бы один критерий, то оценка осуществляется по нижестоящему уровню. Но в условиях практики осуществления различных бизнес-процессов, направленных на достижение ключевых показателей деятельности, приоритетные направления получают максимальную реализацию в ущерб остальным видам деятельности. Следовательно, получается, что при внедрении усовершенствования в различные процессы, способствующие устойчивому развитию, оценка организации в целом не изменяется. Хотя по отдельным направлениям деятельности она достигает четвертого или пятого уровня зрелости, а по другим лишь второго. Таким образом, общая оценка организации находится на втором уровне. Этот факт не позволяет руководителю медицинской организации объективно оценить затраченные усилия.

Система оценки, которая не дает представления руководителю о состоянии деятельности организации в текущий момент времени ставит под угрозу весь процесс внедрения стратегии устойчивого развития в работу медицинских организаций.

Часто руководитель организации сталкивается с дилеммой перераспределения ресурсного обеспечения в пользу того или иного проекта, показатели эффективности которых не сопоставимы ни по одному из параметров. В системе оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 нет возможности сравнивать степень вклада показателей различного уровня в повышение потенциала устойчивости организации.

По мнению международных специалистов по устойчивому развитию, организация должна демонстрировать достижение долгосрочных целей на протяжении от трех и более лет. Для медицинских организаций это могут быть: повышение уровня качества оказания медицинской помощи, повышение удовлетворенности пациентов, снижение летальности, повышение результативности лечебно-диагностического процесса или количества пролеченных пациентов и др. Однако все эти показатели являются результатом отдельных бизнес-процессов и не отражают устойчивость развития всей организации в целом. Система оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 также не дает интегрального показателя, динамика роста которого продемонстрирует устойчивость развития всей организации.

Таким образом, модель оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 содержит перечень подпроцессов организации, способствующих ее устойчивому развитию. Однако на современном этапе модернизации здравоохранения, необходима система оценки потенциала устойчивости развития организации, которая будет отражать даже небольшие улучшения деятельности организации, выраженные в математических значениях.

Для решения поставленной задачи, в настоящей работе предлагается модель оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации на основе метода анализа иерархий Т.Л. Саати с использованием критериев элементов

самооценки определения уровня зрелости организации на пути к достижению устойчивого успеха стандарта ГОСТ Р ИСО 9004–2009.

Проблему оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации предлагается решать по следующим взаимосвязанным этапам, представленным в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Этапы разработки методики оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации

I этап	Разработка иерархической матрицы, исходные элементы которой демонстрируют последовательное повышение эффективности деятельности организации, способствующие устойчивому развитию
II этап	Сравнительная экспертная оценка элементов иерархической матрицы с использованием метода анализа иерархий Т.Л. Саати, с целью определения весовых значений каждого элемента с учетом его влияния на повышение потенциала устойчивости развития организации
III этап	Проведение оценки различных процессов, групп, направлений деятельности иерархической матрицы устойчивого развития медицинской организации с формированием интегрального показателя оценки
IV этап	Определение уровня потенциала устойчивости развития организации по шкале желательности Л. Харрингтона

I этап. Разработка иерархической матрицы, исходные элементы которой демонстрируют последовательное повышение эффективности деятельности организации, способствующие устойчивому развитию.

На первом этапе была произведена декомпозиция базовой модели элементов самооценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 на отдельные критерии, представляющие собой бизнес-процессы.

Затем они были сгруппированы по принципу эффективности их влияния на устойчивость развития организации, таким образом, что отдельные критерии представляют собой стадии развития организационных процессов. При этом сохранилась сопоставимость развития процессов с уровнем зрелости организации стандарта ГОСТ Р ИСО 9004:2009 (рисунок 2.1).

В отдельных случаях динамика развития организационных процессов достраивалась авторскими показателями, отражающими, на наш взгляд, логику развития отдельных элементов системы. Например, в стандарте ГОСТ Р ИСО 9004:2009 речь идет о таких критериях, как составление в организациях

среднесрочных (2–4 года) и долгосрочных (5 и более лет) планов, соответственно, используя организационно-экономический подход, можно предположить, что организация на базовом этапе применяла краткосрочный метод планирования (на 1 год). Отдельно следует заметить, что самооценка детализированных элементов на основе стандарта ГОСТ Р ИСО 9004:2009 предусматривает дополнение системы оценки новыми элементами (таблица 2.5).

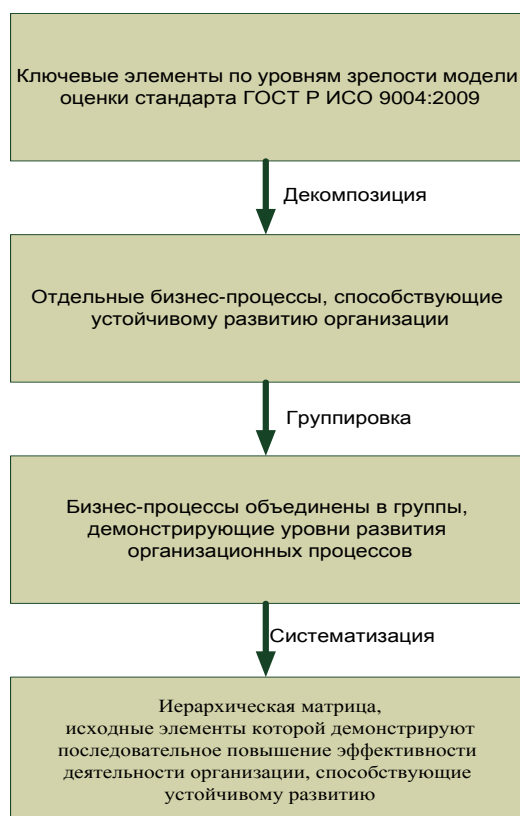


Рисунок 2.1 – Последовательность преобразований ключевых элементов по уровням зрелости стандарта ГОСТ Р ИСО 9004:2009 в иерархическую матрицу устойчивого развития организации (составлено автором)

Таблица 2.5 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Планирование деятельности организации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004-2009 (уровень зрелости)
Составление краткосрочных планов (на 1 год)	0,1	авторский показатель
Составление среднесрочных планов (2-4 лет)	0,26	IV
Составление стратегических планов (на 5 и более лет)	0,64	V

В предложенной нами методике группы критериев находятся в рамках критериев самооценки элементов модели зрелости стандарта ГОСТ Р ИСО 9004:2009, исключение составляет показатель «Проводится анализ

результативности процесса обмена информацией», который соответствует п. 5.4. стандарта ГОСТ Р ИСО 9004:2009 «Передача информации о стратегии и политике». А в методике, предложенной в настоящем исследовании, этот показатель соответствует п. 5.3. «Развертывание стратегии и политики», так как входит в группу критериев «Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики». Однако на общую самооценку детализированных элементов раздела 5 «Стратегия и политика» данное перемещение не влияет. В некоторых случаях критерии детализированных элементов модели зрелости стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 дублировались на различных уровнях, что обозначено в сводной таблице сопоставимости моделей оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 и модели оценки на основе метода анализа иерархий Т.Л. Саати, приведенной в Приложении Е, как критерий двух уровней зрелости (таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Динамика показателей эффективности деятельности

Критерии оценки	Оценка элемента по методике Т.Л. Саати	Стандарт ИСО 9004-2009 (уровень зрелости)
Проводится анализ показателей эффективности деятельности за 1 год	0,1	I – II
Последовательное повышение эффективности деятельности за последние 2–4 года	0,26	III – IV
Последовательное повышение эффективности деятельности организации за последние 5 лет	0,64	V

В процессе дальнейшего выполнения диссертационного исследования была разработана иерархическая матрица, в основании которой находятся бизнес-процессы, собранные в группы организационных процессов по направлениям деятельности, целью которых является повышение потенциала устойчивости организации. Общий принцип систематизации процесса отражен на рисунке 2.2.

Таким образом, на первом уровне системы находится основная цель исследования. В нашем случае – это повышение устойчивого потенциала развития организации. На втором уровне направления деятельности, которые влияют на достижение цели: «Менеджмент для достижения устойчивого успеха

организации»; «Стратегия и политика»; «Менеджмент ресурсов»; «Менеджмент процессов»; «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»; «Улучшения, инновации и обучение». На последующих уровнях системы располагаются группы организационных процессов, способствующие достижению каждого направления деятельности.

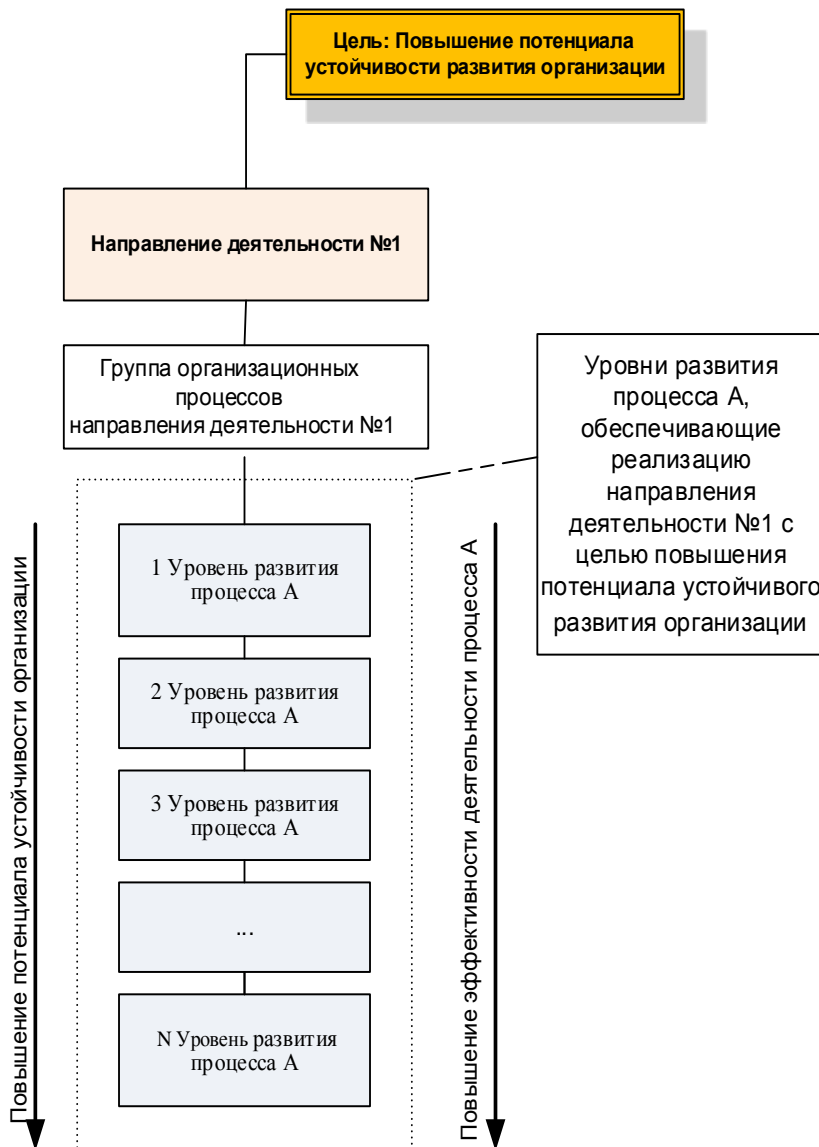


Рисунок 2.2 – Фрагмент иерархической матрицы, демонстрирующий общий принцип построения системы (составлено автором)

Самый нижний уровень иерархии отвечает двум требованиям: 1. все элементы системы включены в иерархию; 2. по элементам нижнего уровня есть возможность получить достоверную информацию. В итоге получается четкая иерархическая матрица взаимосвязанных элементов, в которой отражена декомпозиция многофакторной проблемы до простых составляющих, что позволяет определить состояние развития каждого организационного процесса, способствующего устойчивому развитию медицинских организаций (рисунок 2.3).

В итоге иерархическая матрица представляет собой структуру, определяющую порядок действий по достижению поставленной цели – повышения потенциала устойчивости организации.

II этап. Сравнительная экспертная оценка элементов иерархической матрицы с использованием метода анализа иерархий Т.Л. Саати, с целью определения весовых значений каждого элемента с учетом его влияния на повышение потенциала устойчивости развития организации.

На втором этапе группой экспертов проводилась сравнительная оценка элементов иерархической матрицы (процессов, групп организационных процессов, направлений деятельности) с использованием метода анализа иерархий Т. Л. Саати с целью определения весовых значений элементов и их влияния на повышение потенциала устойчивости развития организации.

Данный метод широко применяется в ситуациях, когда субъективному мнению экспертов необходимо присвоить математические значения для получения интегральной оценки. Кроме того, метод позволяет оценивать, как формализуемые показатели, так и не укладывающиеся в формализуемую систему с отсутствующими аналитическими зависимостями. Областью применения метода анализа иерархий является, в основном, те случаи, когда объективность оценки затруднительна, а решающим фактором принятия решений являются предпочтения владельцев процесса. Метод Т.Л. Саати широко используется в анализе политических и социальных явлений в мире, показал свою эффективность в анализе сложных многофакторных моделей принятия управленческих решений (например, маркетинга лекарственных средств, оценке коммерческих рисков, решения о хранении ядерных отходов, планирования развития промышленности, координации общественных услуг, определения сценариев развития города и др.).



Рисунок 2.3 – Обобщенная модель иерархической матрицы (составлено автором)

Метод позволяет присвоить элементам иерархической матрицы математическое значение, отражающее вклад элемента системы в достижение цели первого уровня, выраженного в весовом коэффициенте.

Для определения выше указанных весовых коэффициентов в настоящем исследовании использовался метод парных сравнений, проводимых экспертами, с последующей математической обработкой результата.

Поскольку элементы иерархической матрицы неоднородны по степени приоритетности своего влияния на повышение потенциала устойчивости развития медицинской организации, группа экспертов их ранжировала по степени важности.

В настоящем исследовании критериями выбора экспертов были следующие условия: работа руководителем или заместителем руководителя устойчивой медицинской организации, повышение квалификации по программе «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации», стаж работы на руководящих должностях не менее 10 лет. Все эксперты, участвующие в исследовании, продемонстрировали свои знания в области менеджмента устойчивого развития организации, ознакомлены с программой проводимого исследования, и полностью осведомлены о задачах, которые решаются в ходе исследования с их помощью. Оценка компетентности экспертов проводилась по методике Ф.Э. Шегери, описанной нами выше. Карта самооценки компетентности эксперта представлена в Приложении Ж. В результате проведенного отбора, в группу экспертов были включены 12 руководителей медицинских организаций, у которых индекс компетентности не менее среднего (0,5) и выше (до 1) (таблица 2.7).

Экспертная оценка приоритетности влияния различных бизнес-процессов на устойчивость развития медицинских организаций проходила с использованием метода Дельфи (Е.Н. Шиган, 1983).

В первом туре экспертам было предложено заполнить, разработанные для настоящего исследования, иерархические матрицы, т. е. таблицы парных сравнений показателей каждой группы системы иерархии.

Таблица 2.7 – Коэффициент уровня компетентности экспертов в области менеджмента устойчивого развития организации

Эксперты	Уровень компетентности эксперта			Коэффициент уровня компетентности эксперта
	Теоретический уровень	Практический уровень	Способность к прогнозированию	
Эксперт 1	1	1	1	1
Эксперт 2	1	1	1	1
Эксперт 3	1	1	1	1
Эксперт 4	1	1	1	1
Эксперт 5	1	1	1	1
Эксперт 6	1	1	0,5	0,833333
Эксперт 7	1	1	1	1
Эксперт 8	1	1	0,5	0,833333
Эксперт 9	1	0,5	1	0,833333
Эксперт 10	1	1	1	1
Эксперт 11	1	1	0,5	0,833333
Эксперт 12	1	1	1	1

Группа экспертов сравнивала изучаемые факторы между собой по отношению к их влиянию на достижение основной цели. Каждому суждению присваивалось числовое значение по десятибалльной шкале от 0 до 9 (таблица 2.8).

Таблица 2.8 – Шкала относительной важности

Интенсивность относительной важности	Определение	Объяснение
0	Несравнимы	Эксперт затрудняется в сравнении
1	Равная важность	Равный вклад двух видов деятельности в цель
3	Умеренное превосходство одного над другим	Опыт и суждения дают легкое превосходство одному виду деятельности над другим
5	Существенное или сильное превосходство	Опыт и суждения дают сильное превосходство одному виду деятельности над другим
7	Значительное превосходство	Одному из видов деятельности дается настолько сильное превосходство, что оно становится практически значительным
9	Очень сильное превосходство	Очевидность превосходства одного вида деятельности над другим подтверждается наиболее сильно
2,4,6,8	Промежуточные решения между двумя соседними суждениями	Применяются в компромиссном случае
Обратные величины приведенных выше чисел	Если при сравнении одного вида деятельности с другим получено одно из вышеуказанных чисел (например, 3), то при сравнении второго вида деятельности с первым получим обратную величину (т.е. 1/3)	

Чем больше различия влияния элементов на основную цель, тем больше их числовые значения. С другой стороны, одинаковая степень влияния факторов получает одинаковый вес. Таким образом, определяется интенсивность взаимодействия элементов в иерархии.

Рекомендуется сравнивать не более 7 ± 2 элементов в одной матрице, т. е. максимальное количество элементов не должно превышать девяти единиц. Чем больше количество сравниваемых показателей, тем ниже состоятельность матрицы. Группа экспертов заполняла матрицу парных сравнений (таблица 2.9), в которой A_1, A_2, \dots, A_n являются основными факторами, которые определяют состав объекта.

Таблица 2.9 – Матрица парных сравнений

	A_1	A_2	...	A_n
A_1	1	a_{12}		a_{1n}
A_2	a_{21}	1		a_{2n}
...			...	
A_n	a_{n1}	a_{n2}		1

Если обозначить долю фактора A_i через w_i , то элемент матрицы a_{ij} равен $\frac{w_i}{w_j}$.

Таким образом, в предлагаемом варианте применения метода парных сравнений определяются не величины разностей значений факторов, а их отношение. При этом очевидно, что $a_{ij} = \frac{1}{a_{ji}}$. Следовательно, матрица парных сравнений в данном случае является положительно определенной, обратносимметричной матрицей, имеющей ранг равный единице.

Работа экспертов состоит в том, что, производя попарное сравнение факторов A_1, \dots, A_n , они заполняют таблицу парных сравнений. Важно понять, что если w_1, w_2, \dots, w_n неизвестны заранее, то попарные сравнения элементов производятся с использованием субъективных суждений, численно оцениваемых по шкале, а затем решается проблема нахождения компонента w .

В подобной постановке задачи решение проблемы состоит в отыскании вектора (w_1, w_2, \dots, w_n) . Необходимо отметить, что эксперт, сравнивая n факторов, в реальности проводит не n сравнений (как это происходит при заполнении обычных

анкет), а $\frac{n \times (n-1)}{2}$ сравнений. Кроме того, учитывая соотношение $a_{ij} = a_{ik} \times a_{jk}$, которое является справедливым для всех значений индекса k , производится опосредованное сравнение факторов A_i и A_j через соответствующие сравнения этих факторов с фактором A_k . Принимая во внимание сделанное замечание, можно утверждать, что в действительности эксперт производит значительно больше сравнений, чем даже показывает первая оценка равная $\frac{n \times (n-1)}{2}$. Таким образом, каждая клетка матрицы парных сравнений реально содержит не одно число (результат непосредственного сравнения), а целый вектор (с учетом всех опосредованных сравнений через сравнения с другими факторами). Учет этих дополнительных сравнений позволяет значительно повысить надежность получаемых результатов, а также значительно уменьшить количество необходимых экспертов.

Один из основных методов отыскания вектора w основывается на следующем утверждении линейной алгебры. Очевидно, что искомый вектор является собственным вектором матрицы парных сравнений, соответствующим максимальному собственному числу (λ_{\max}). В этом случае по одному из большого \max , а затем достаточно решить λ количества существующих алгоритмов отыскивается векторное уравнение

$$A \times w = \lambda_{\max} \times w.$$

Из сведений линейной алгебры известно, что у положительно определенной, обратносимметричной матрицы, которая имеет ранг равный единице, максимальное собственное число равно размерности этой матрицы (т. е. n). При проведении сравнений в реальной ситуации вычисленное максимальное собственное число λ_{\max} будет отличаться от соответствующего собственного числа для идеальной матрицы. Это различие характеризует так называемую рассогласованность реальной матрицы. И, соответственно, определяет уровень доверия к полученным результатам. Чем больше это отличие, тем ниже уровень доверия. Таким образом, данная модификация метода парных сравнений содержит внутренние инструменты, позволяющие определить качество обрабатываемых данных и степень доверия к ним.

Таким подходом вычисления вектора в исследовании определялся качественный состав матрицы. В результате эксперты проводили парные сравнения различных элементов иерархической матрицы между собой по девятибалльной шкале по предложенным таблицам оценки. Далее информация обрабатывалась, формировалась единая шкала мнений экспертов и выделялись расхождения в суждениях, которые в основном зависели от личного опыта экспертов по внедрению того или иного бизнес-процесса в работу организации. Во втором туре экспертов информировали о результатах первого тура и просили методом коллективной оценки охарактеризовать расхождения суждений по единой шкале.

В ходе проведения исследования анализировались различные подходы экспертов к оценке различных процессов, групп организационных процессов и направлений, что позволило провести углубленный анализ ситуации и принять единое обоснованное решение.

В процессе коллективной оценки эксперты узнавали о существовании других позиций по поводу влияния различных бизнес-процессов на устойчивость развития организации. Поэтому им предоставлялась возможность пересмотреть свои взгляды в пользу более обоснованной точки зрения, либо, напротив, усилить свою аргументацию.

Третьего тура не потребовалось, так как было достигнуто единое мнение экспертов по всем элементам иерархической матрицы.

Обратим внимание на то, что метод парных сравнений имеет определенные недостатки. Во-первых, метод использует большое количество экспертной информации. Во-вторых, группа экспертов должна выработать единое мнение по всем сравнениям системы, и, следовательно, в-третьих, коэффициент согласованности экспертов должен быть достаточно высоким. В нашем исследовании коэффициент конкордации экспертов М. Д. Кендалла соответствует высокому уровню качества оценки (0,90 – 1,0), что демонстрирует высокую согласованность мнений экспертов. Метод анализа иерархий не предполагает создания нескольких параллельных матриц, учитывающих расхождение мнений экспертов.

В результате экспертного анализа получены весовые значения элементов иерархической матрицы с учетом их влияния на повышение потенциала устойчивости развития организации (Приложение 3).

Таким образом, эксперты оценили каждый элемент иерархической матрицы, в результате чего выработалась согласованная оценка экспертов степени влияния различных бизнес-процессов на устойчивость развития организации по направлениям: «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»; «Стратегия и политика»; «Менеджмент ресурсов»; «Менеджмент процессов»; «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»; «Улучшения, инновации и обучение». Кроме того, применение метода Дельфи позволило уменьшить влияние недостаточно компетентных экспертов на групповую оценку, за счет полученной более аргументированной информации от более компетентных экспертов.

Отличительными особенностями метода анализа иерархий является его простота, универсальность и применимость в различных сферах деятельности, что позволяет предложить высшему руководству систему поддержки принятия решений. В нашем исследовании осуществлялось парное сравнение более 350 элементов иерархической матрицы устойчивого развития медицинской организации.

III этап. Проведение оценки различных процессов, групп, направлений деятельности иерархической матрицы устойчивого развития медицинской организации с формированием интегрального показателя оценки.

Полученные на предыдущем этапе весовые значения элементов иерархической матрицы служат основой для вычисления интегральной оценки потенциала устойчивости развития организации (IP). С этой целью на третьем этапе оцениваются элементы иерархической матрицы устойчивого развития организации по уровням системы (рисунок 2.4).

Шаг 1. Определяется суммарная оценка, достигнутого уровня развития каждого процесса по формуле 2.4:

$$A_i = \sum_{a=1}^n P_a , \quad (2.4)$$

где A_i – суммарная оценка, достигнутого уровня развития процесса А;
 P_a – весовое значение достигнутых уровней развития процесса А.

Шаг 2. Определяется потенциал каждой группы организационных процессов по формуле 2.5:

$$G_i = a_i \times A_i, \quad (2.5)$$

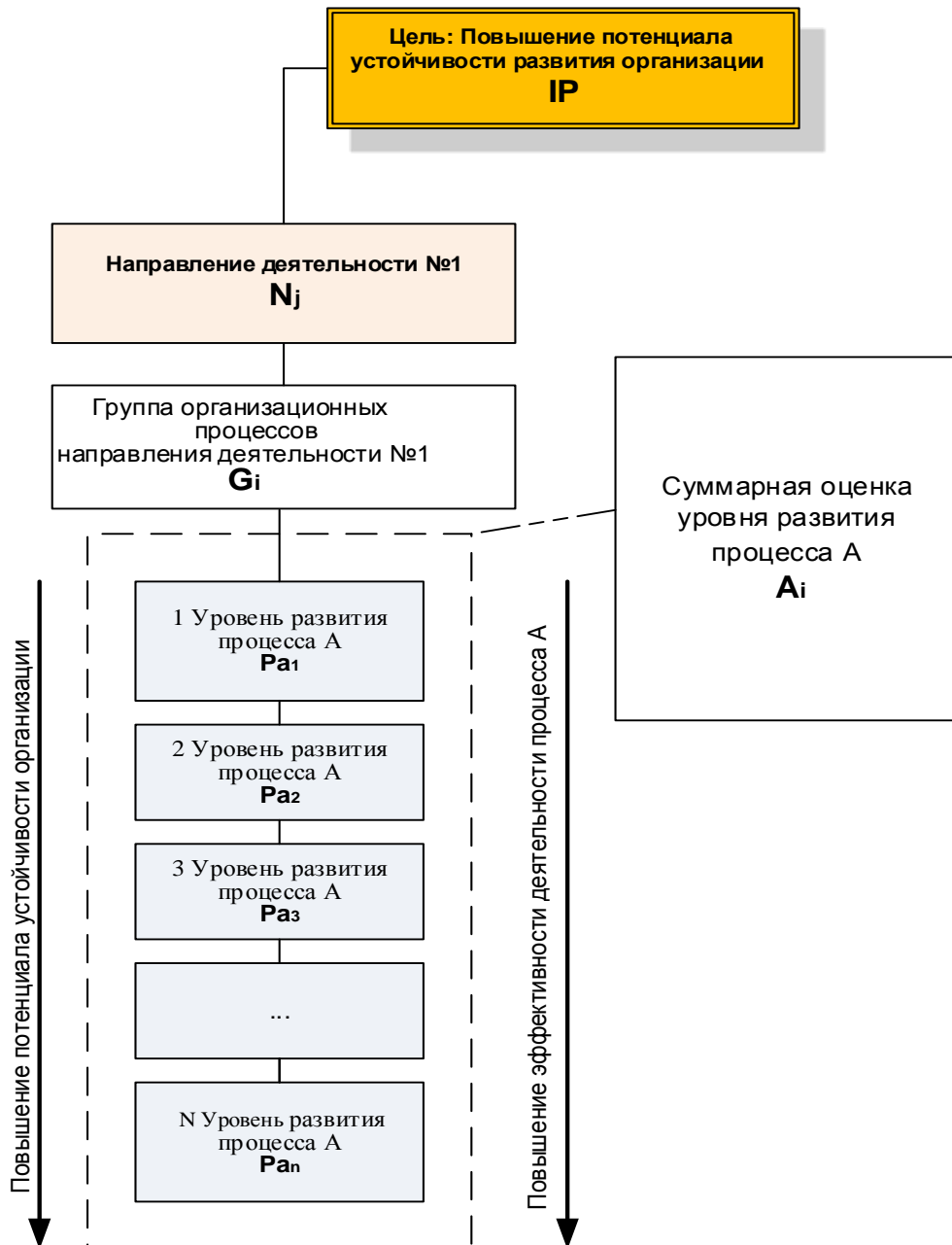


Рисунок 2.4 – Распределение показателей оценки различных элементов иерархической матрицы

где G_i – оценка потенциала i -й группы организационных процессов;

a_i – весовое значение i -й группы организационных процессов, определенных по методу Т.Л. Саати;

A_i – суммарная оценка, достигнутого уровня развития процесса A .

Полученная в результате оценка (G_i), представляет собой значение, в котором воспроизводится смысл других показателей, скорректированных в соответствии с их весомостью и достигнутым уровнем развития процессов в организации. Она позволяет объединить в одном значении множество других, различных по названиям, единицам измерения, весомости и иным характеристикам факторов.

Этот метод упрощает процесс оценки устойчивости развития организации и обеспечивает объективное видение ситуации, так как данная оценка предусматривает объединение достаточно большого числа различных по структуре, уровням и весовым значениям процессов.

Шаг 3. Определяется потенциал каждого направления деятельности по формуле 2.5:

$$N_j = \sum_{i=1}^n G_i \times a_j, \quad (2.5)$$

где N_j – оценка потенциала j -го направления деятельности;

G_i – оценка потенциала i -й группы организационных процессов.

a_j – весовое значение j -го направления деятельности, определенных по методу Т.Л. Саати.

Полученные в результате такого расчета оценки дают возможность определить направления политики развития медицинской организации путем оптимизации величины тех показателей, весомость которых в общей совокупности максимальна. После достижения эффективности работы одних процессов, необходимо изучать тенденции остальных, тем самым, ежегодно повторять оценку потенциала устойчивого развития организации для корректировки ее краткосрочной и долгосрочной стратегии развития (рисунки 2.5 – 2.15).

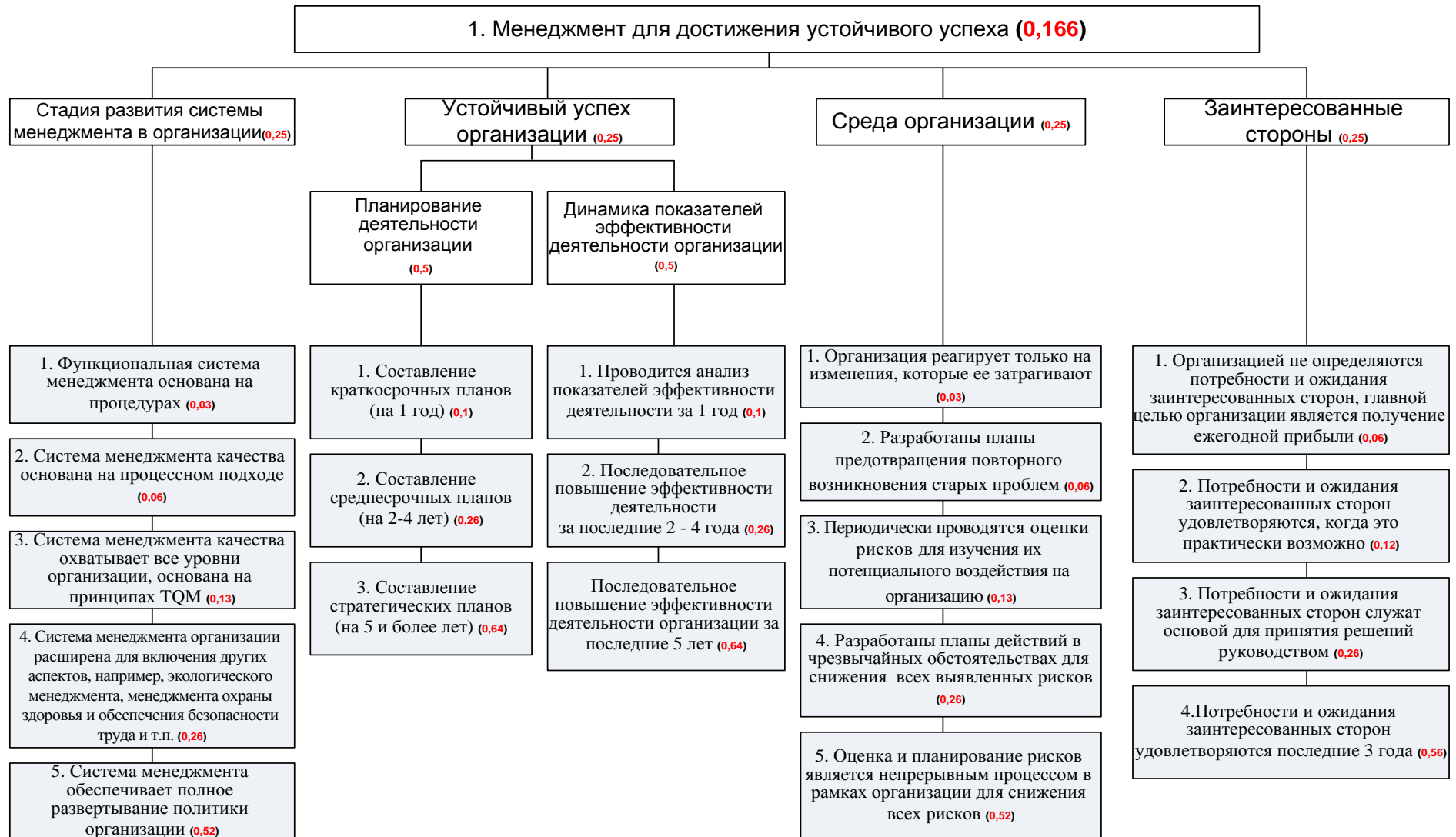


Рисунок 2.5 – Иерархическая матрица «Менеджмент для достижения устойчивого успеха с весовыми значениями элементов» (составлено автором)

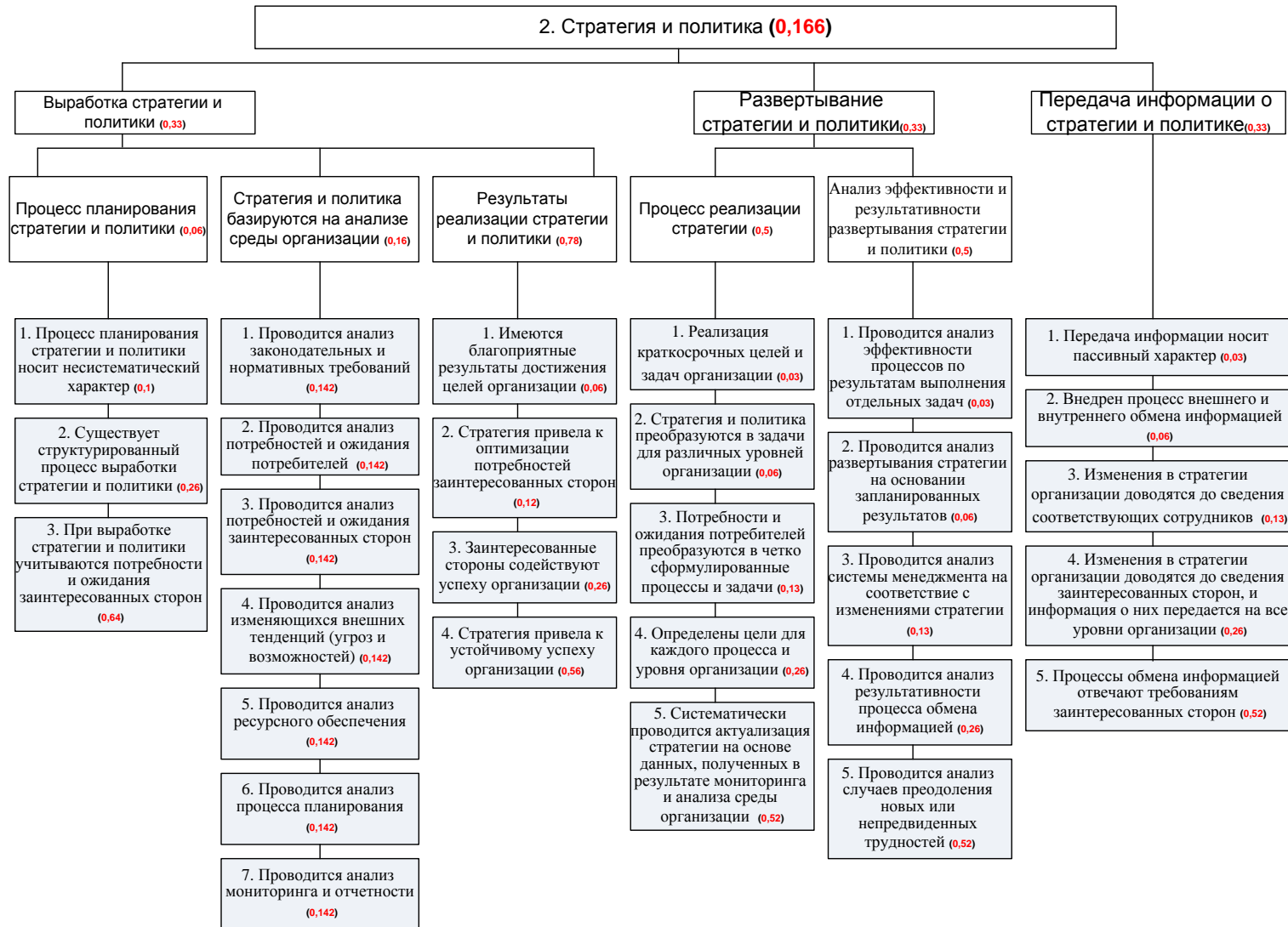


Рисунок 2.6 – Иерархическая матрица «Стратегия и политика» с весовыми значениями элементов (составлено автором)

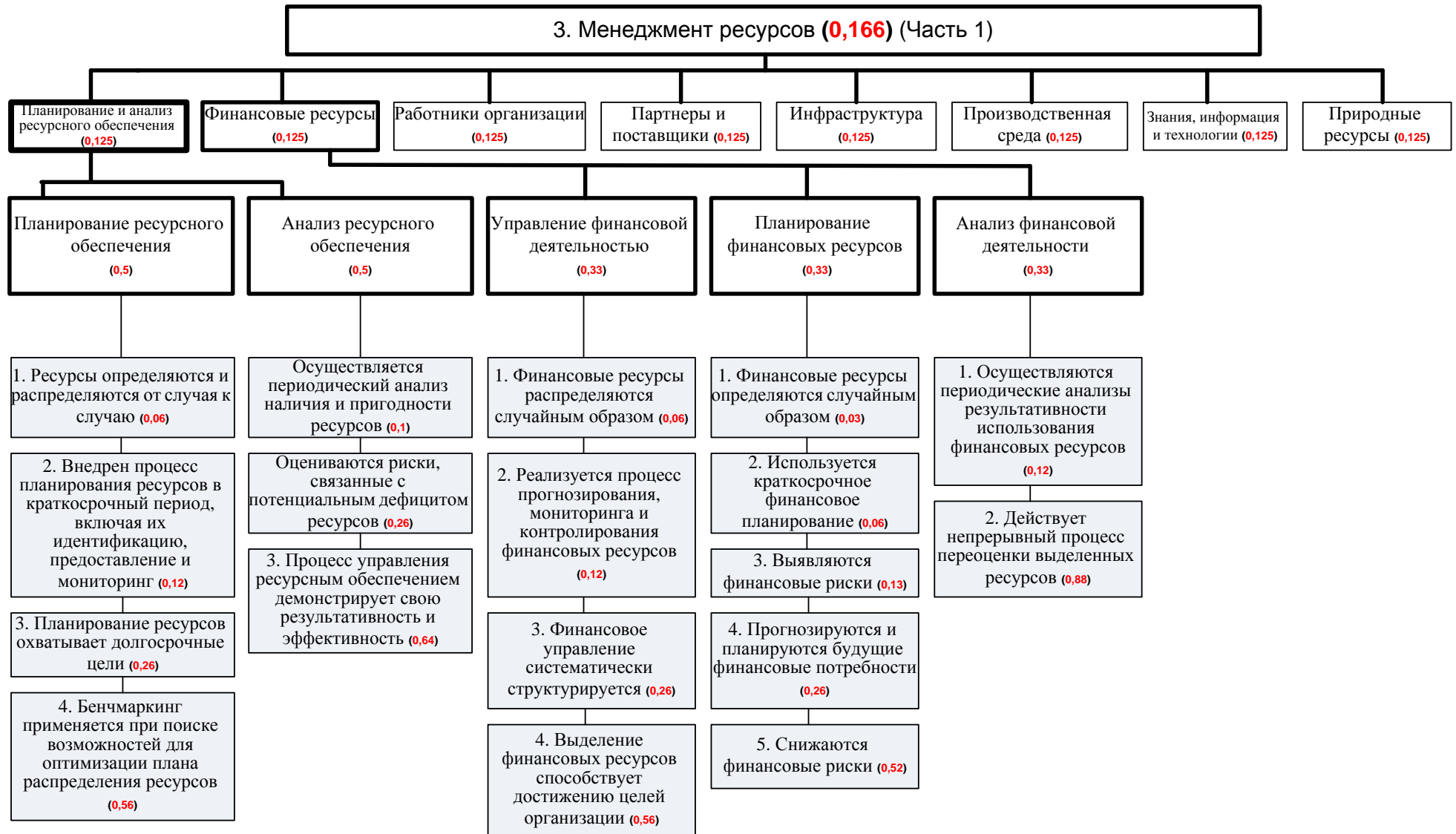


Рисунок 2.7 – Иерархическая матрица «Менеджмент ресурсов». Часть 1 (составлено автором)

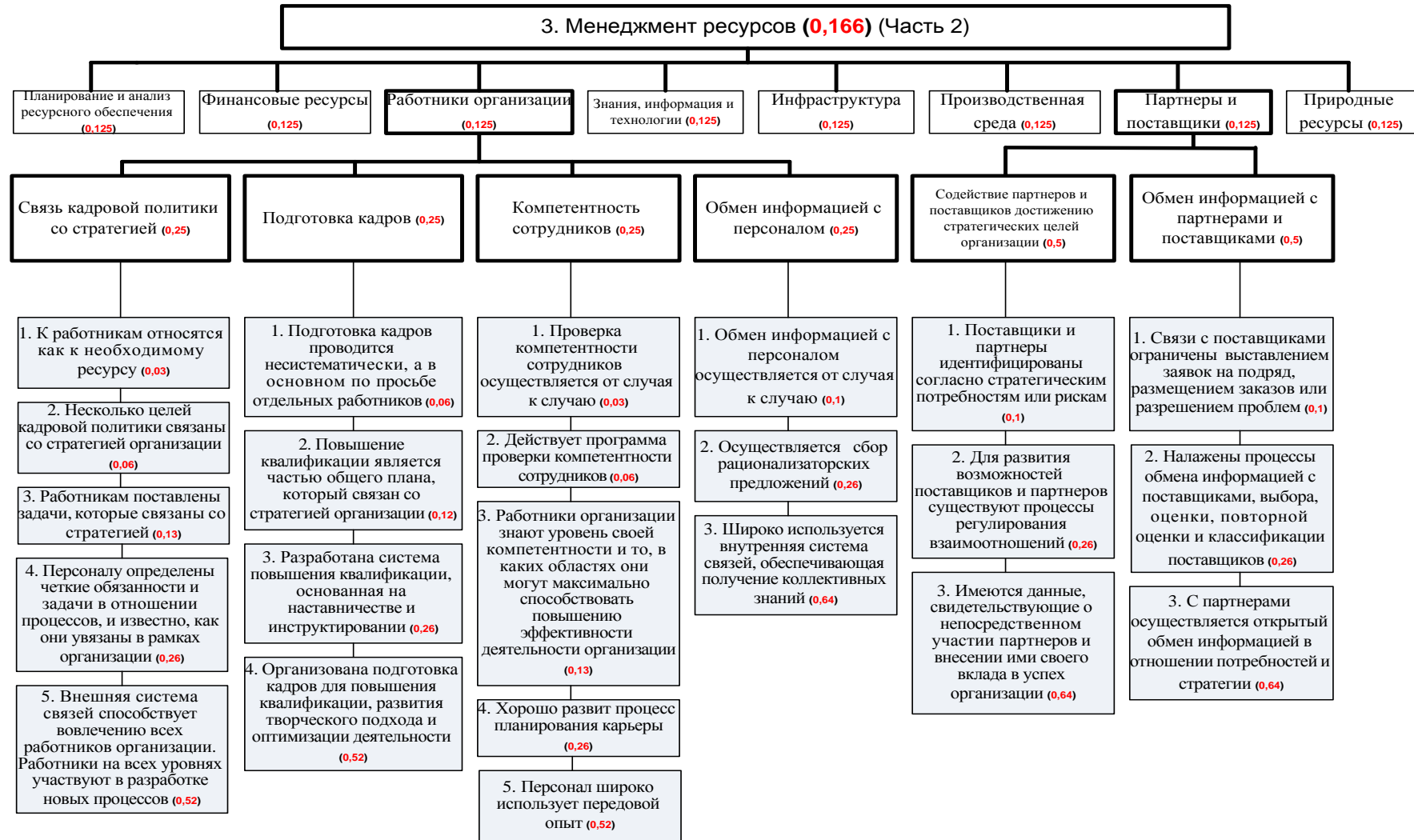


Рисунок 2.8 – Иерархическая матрица «Менеджмент ресурсов». Часть 2 (составлено автором)

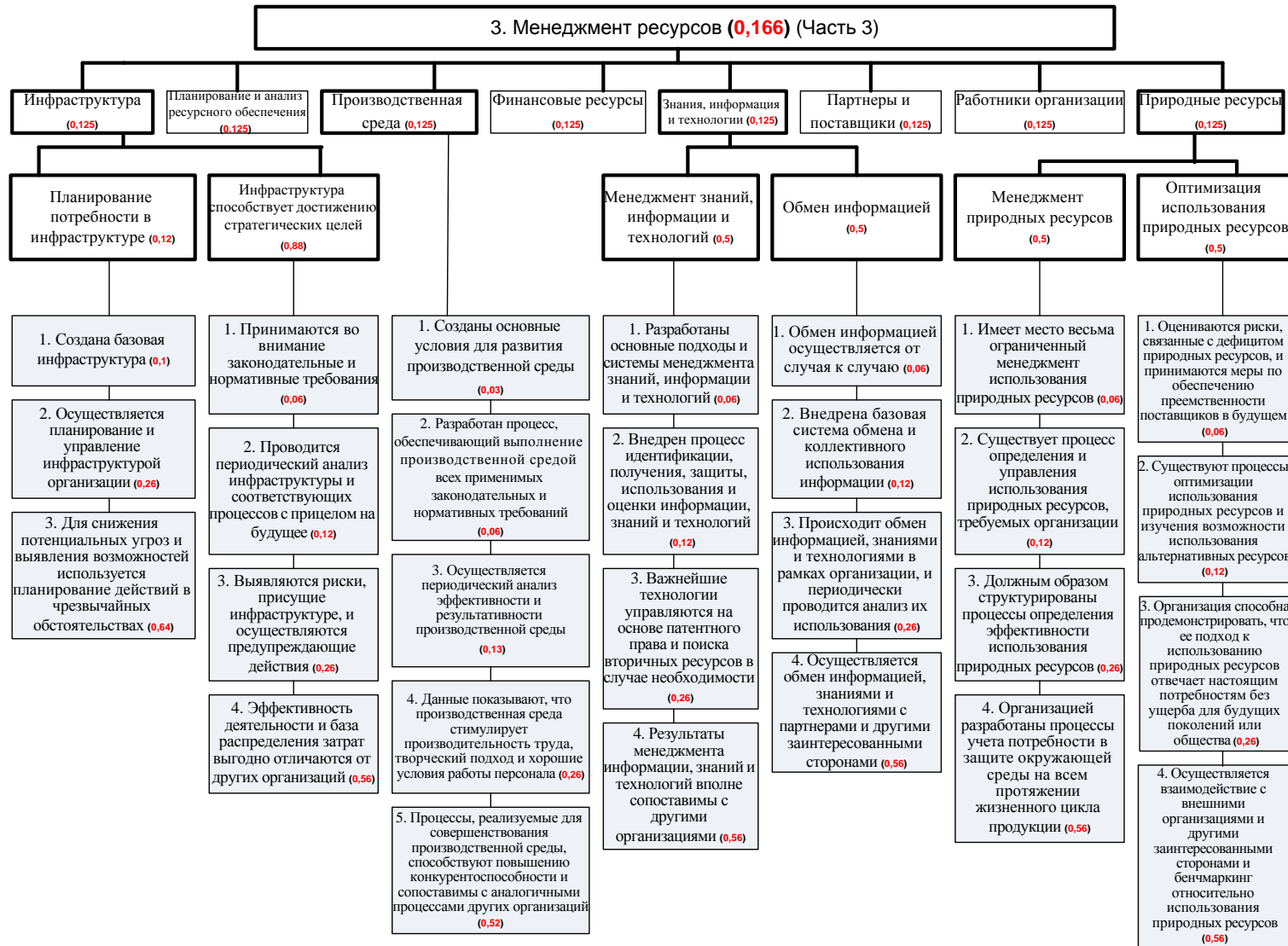


Рисунок 2.9 – Иерархическая матрица «Менеджмент ресурсов». Часть 3 (составлено автором)

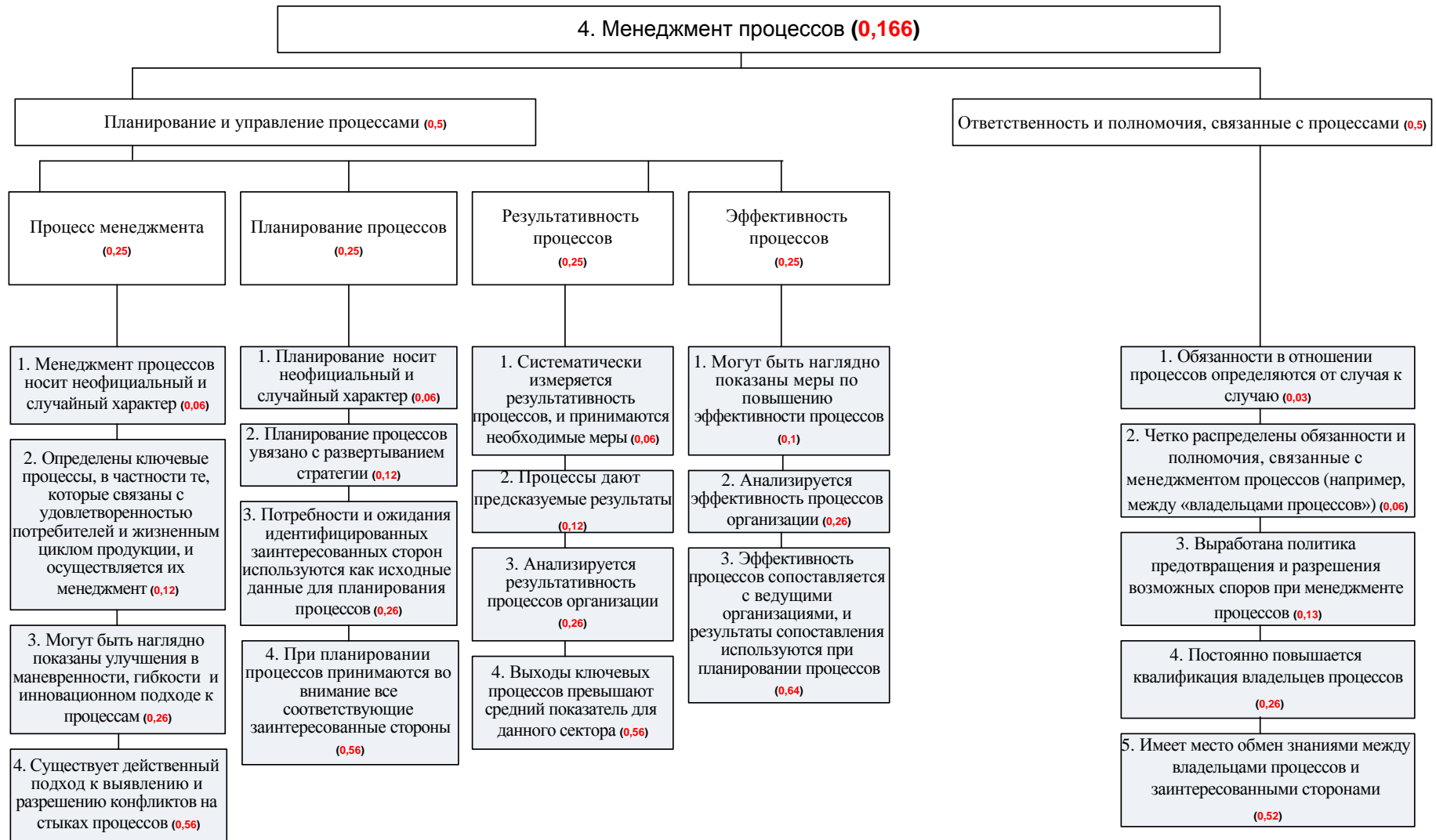


Рисунок 2.10 – Иерархическая матрица «Менеджмент процессов» (составлено автором)

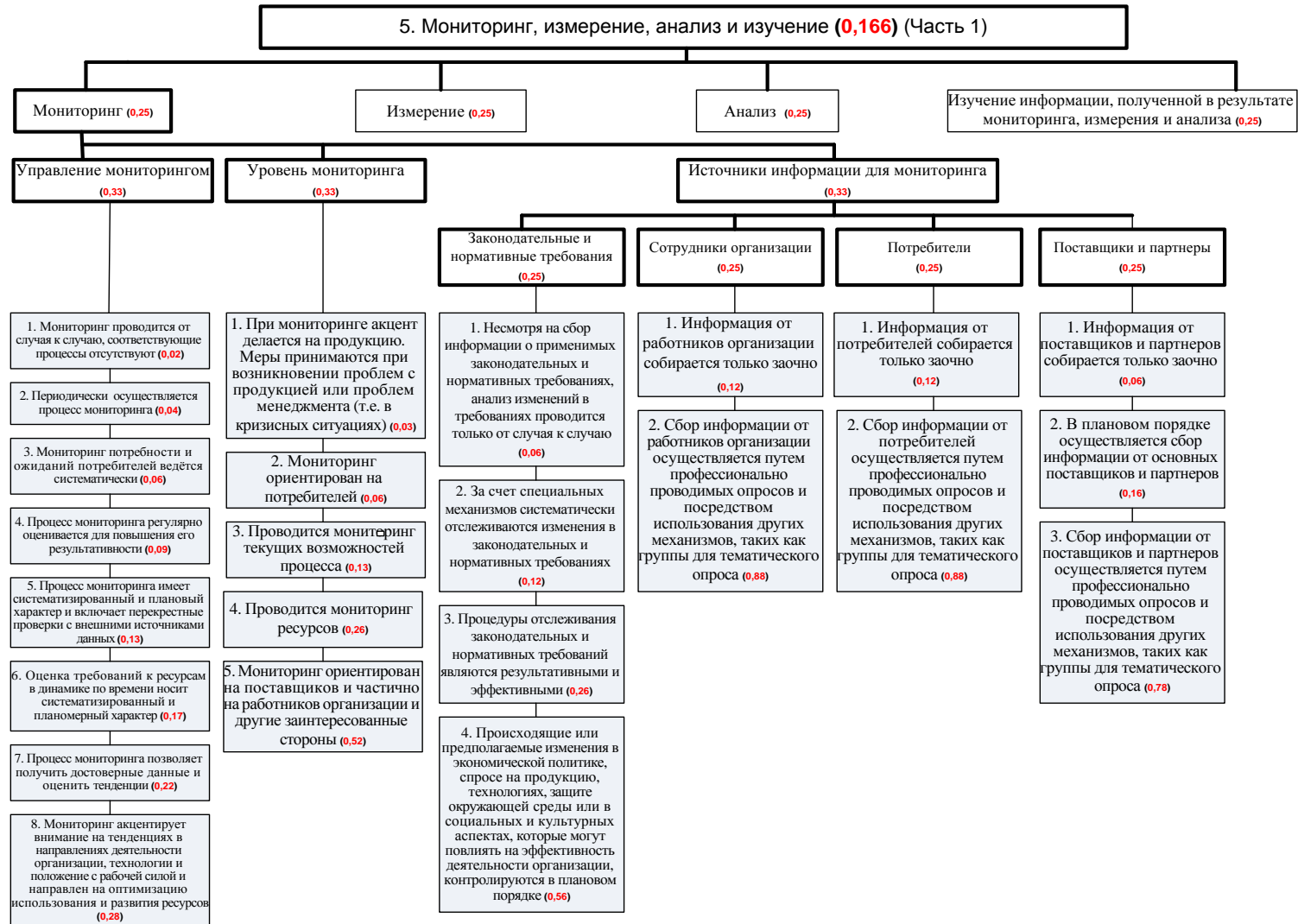


Рисунок 2.11 – Иерархическая матрица «Мониторинг. Измерение. Анализ и изучение». Часть 1 (составлено автором)

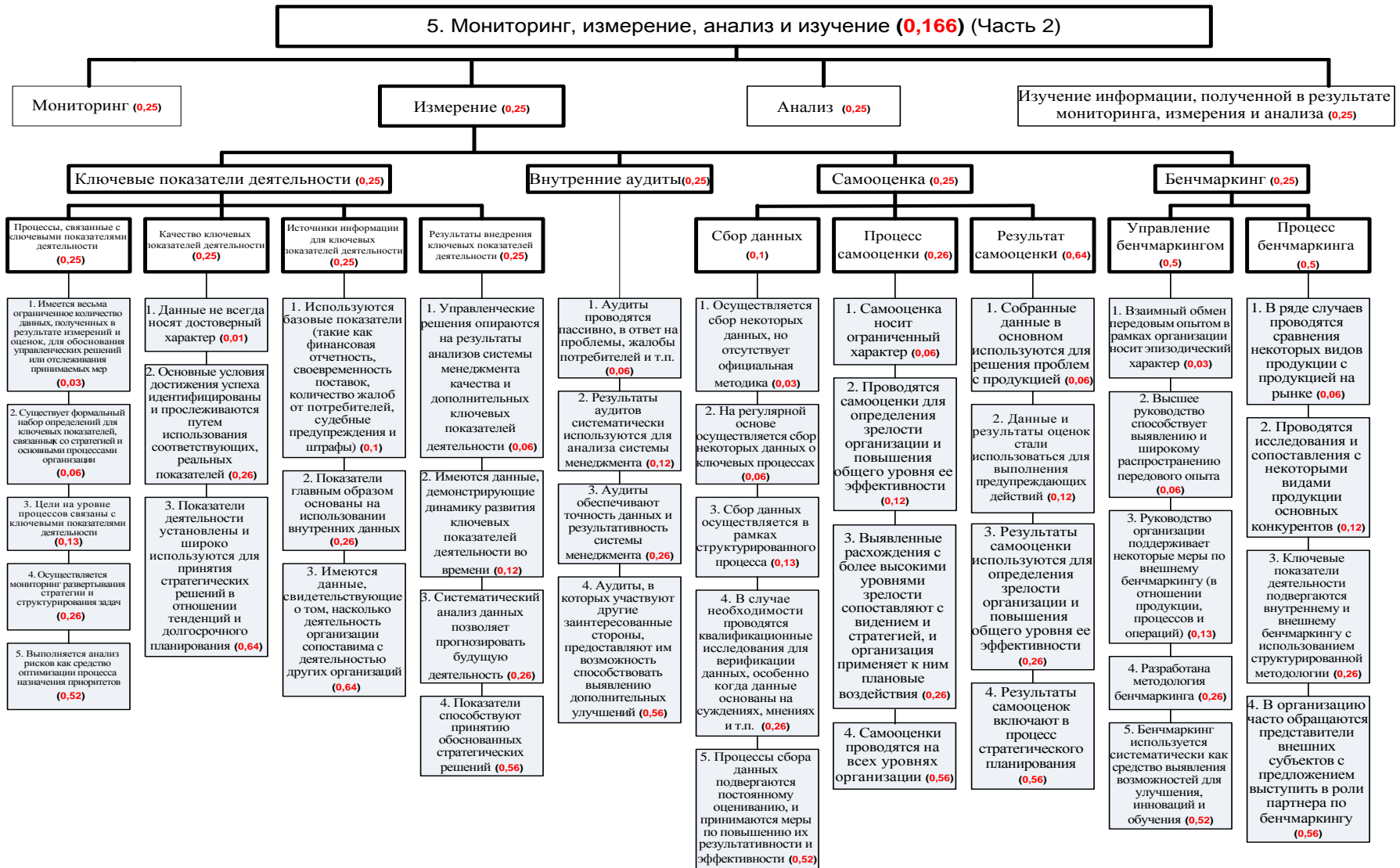


Рисунок 2.12 – Иерархическая матрица «Мониторинг. Измерение. Анализ и изучение». Часть 2 (составлено автором)

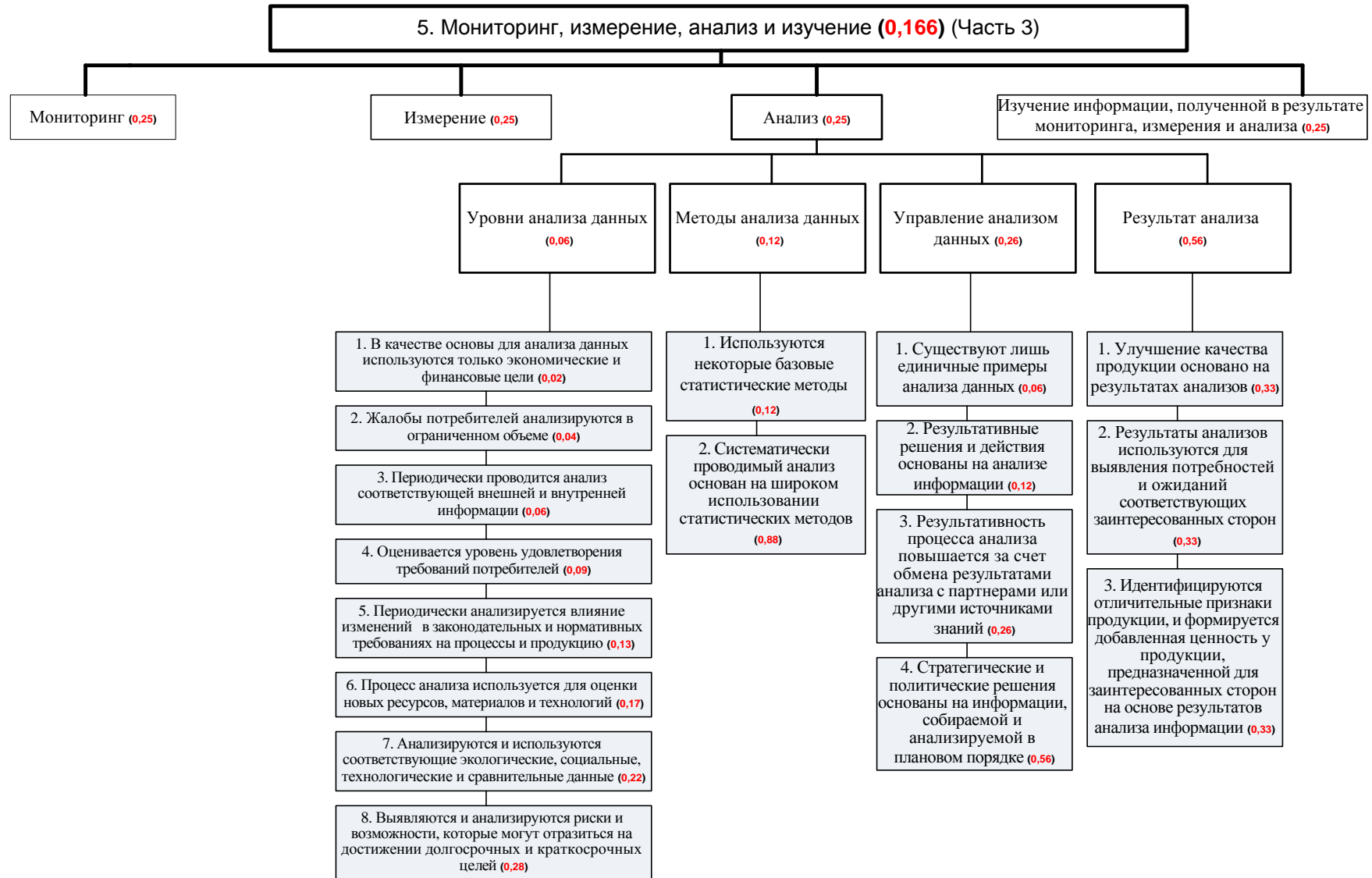


Рисунок 2.13 – Иерархическая матрица «Мониторинг. Измерение. Анализ и изучение». Часть 3 (составлено автором)

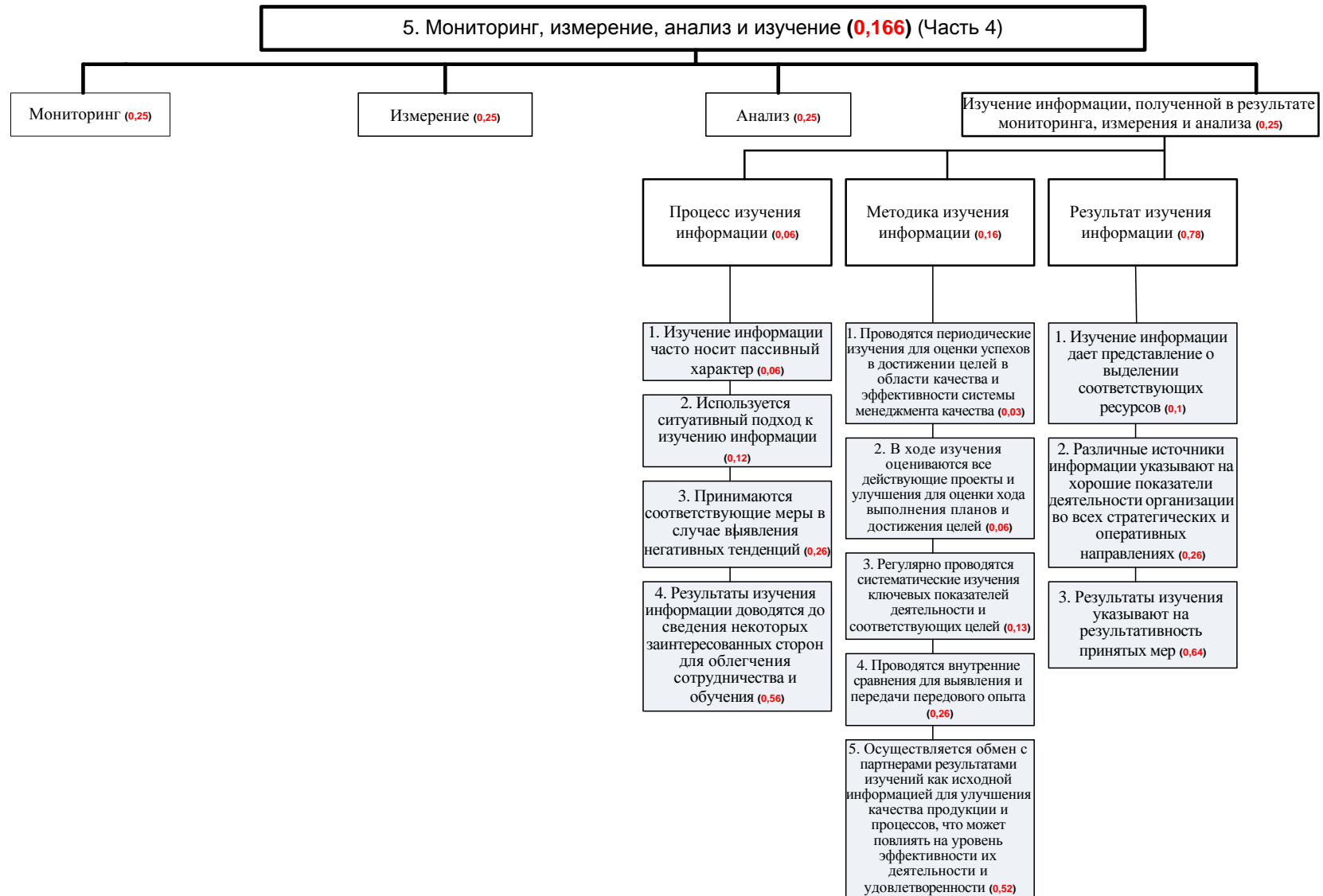


Рисунок 2.14 – Иерархическая матрица «Мониторинг. Измерение. Анализ и изучение». Часть 4 (составлено автором)

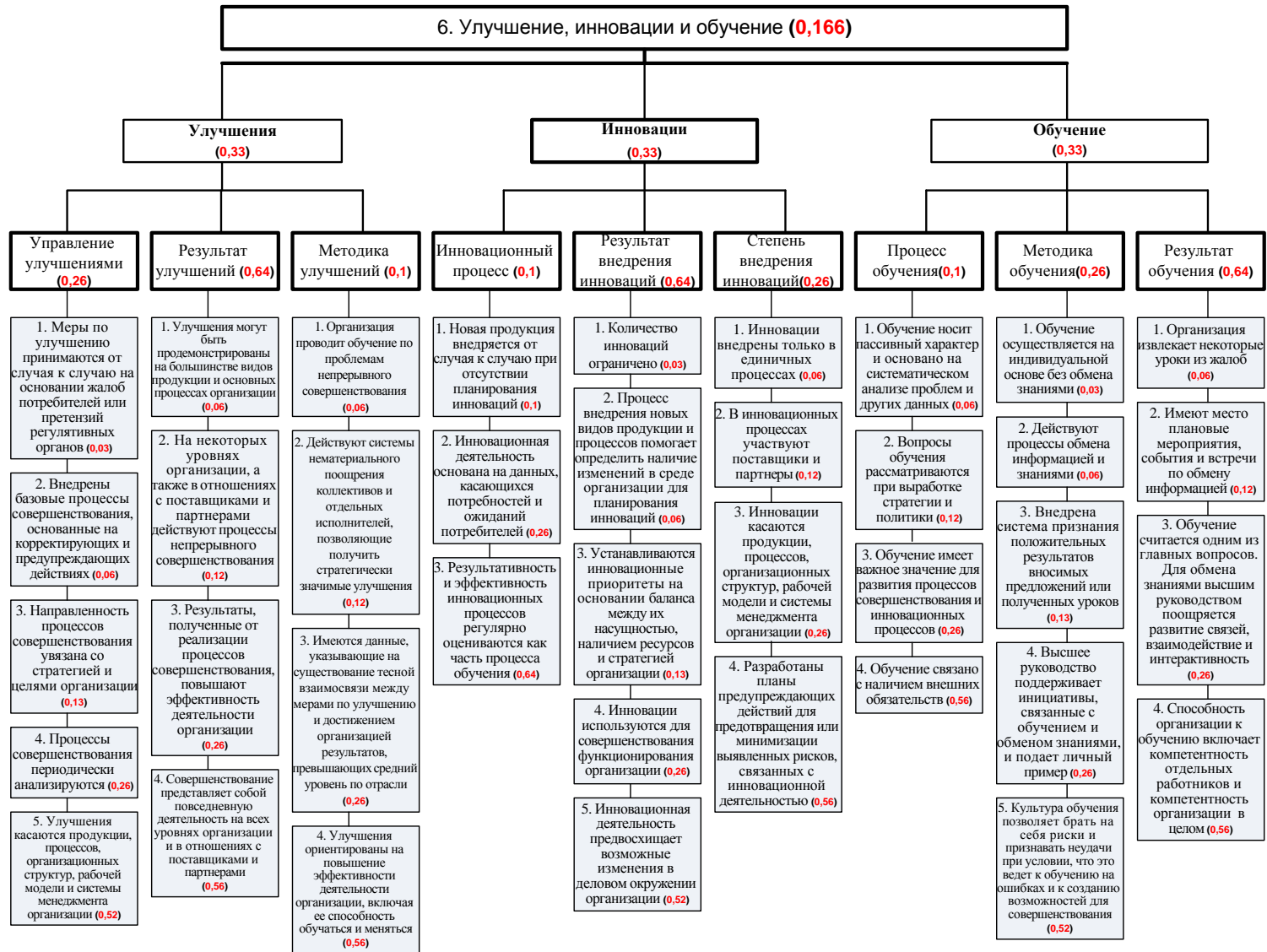


Рисунок 2.15 – Иерархическая матрица «Улучшения, инновации, обучение» (составлено автором)

Шаг 4. Предложенная в настоящем исследовании методика оценки позволяет получить итоговый интегральный показатель (IP) уровня устойчивости организации (формула 2.6):

$$IP = \sum_{j=1}^n N_j \quad (2.6)$$

где IP – интегральный показатель уровня потенциала устойчивого развития организации;

N_j – оценка потенциала j -го направления деятельности.

Интегральный потенциал устойчивости медицинской организации демонстрирует любые изменения, происходящие в организационных процессах. В связи с чем можно зафиксировать динамику развития организации в течение нескольких лет.

Кроме того, на основе полученных значений потенциала различных групп процессов, руководитель может спрогнозировать наиболее перспективные виды деятельности и разработать стратегический план развития организации.

С одной стороны, работа по внедрению организационных инноваций, как правило, требует усилий нескольких подразделений, а также поставщиков, партнеров и других заинтересованных сторон. С другой стороны, одна организационная инновация может затрагивать различные бизнес-процессы.

В этой связи интегральный показатель потенциала устойчивости организации может демонстрировать эффективность как внутренних, так и внешних интеграционных процессов. В соответствии с полученным значением интегральной оценки планируется деятельность по развитию медицинской организации. Предложенная методика позволяет определить текущее состояние потенциала устойчивого развития организации.

IV этап. Определение уровня потенциала устойчивости развития организации по шкале желательности Л. Харрингтона.

При достижении максимальной эффективности всей деятельности медицинской организации ее интегральный показатель потенциала устойчивости

равен единице. Однако проводимый в настоящей работе анализ факторов, влияющих на УРМО, показал, что уровень потенциала устойчивости медицинских организаций будет отличаться даже среди тех медицинских организаций, которые оказывают одинаковые медицинские услуги в сходных условиях социально-экономической среды. И зависит от поддержания деятельности, направленной на устойчивое развитие организации, руководителями высшего звена. В связи с этим необходима шкала, которая бы определяла состояние устойчивого развития организаций для формирования рейтинга и сравнения различных медицинских организаций между собой, при проведении внешнего бенчмаркинга, а также для разработки стратегического плана развития организации.

В этом случае интегральный показатель, полученный путем анализа устойчивости развития медицинской организации по разработанной методике оценки, предлагается оценить по обобщенной шкале желательности, предложенной Л. Харрингтоном (1978). Данная шкала относится к психофизическим шкалам, и с ее помощью устанавливается соответствие между физическими и психологическими параметрами. Под физическими параметрами в данном случае мы понимаем показатели, характеризующие функционирование конкретного объекта, а под психологическими параметрами понимаются чисто субъективные оценки желательности (предпочтительности) того или иного показателя. Чтобы получить шкалу желательности, предлагается использовать таблицу соответствий между отношениями предпочтения в эмпирической и числовой системах (таблица 2.10).

Шкала желательности имеет интервал от нуля до единицы. Значение $d_u = 0$ соответствует абсолютно неприемлемому уровню данного свойства, а значение $d_u = 1$ – самому лучшему значению свойства. Понятию «очень хорошо» соответствуют значения на шкале желательности $1 > d_u > 0,8$, а понятию «очень плохо» соответствуют значения на шкале желательности $0 \geq d_u > 0,2$ и т. д.

Таблица 2.10 – Определение потенциала устойчивости развития организации по шкале желательности (Harrington L. A., 1978)⁶

Интегральная оценка потенциала устойчивого развития организации	0,00 – 0,20	0,20 – 0,37	0,37 – 0,63	0,63 – 0,80	0,80 – 1,0
Состояние устойчивого развития организации	Абсолютно неудовлетворительное	Неудовлетворительное	Удовлетворительное	Хорошее	Очень хорошее

Оценка, попадающая в интервал от 0 до 0,2, демонстрирует абсолютно неудовлетворительное состояние устойчивого развития организации. При соблюдении минимальных лицензионных требований, в организации применяется функциональная система менеджмента, основанная на процедурах. Составление краткосрочных планов не позволяет организации проводить мониторинг и анализ эффективности деятельности, менеджмент процессов носит случайный характер, ресурсы определяются и распределяются от случая к случаю, кадровый потенциал слабый, уровень качества оказания медицинской помощи низкий, удовлетворенность пациентов изучается от случая к случаю.

При разработке стратегии развития медицинской организации неудовлетворительного состояния устойчивого развития, необходимо провести работу по анализу внутренней среды организации, определить основные и вспомогательные процессы, осуществляемые в МО и определить количественный и качественный состав ресурсного обеспечения организации, включая финансовые, кадровые, материально-технические ресурсы, лекарственное обеспечение и др.

При интегральной оценке диапазона от 0,2 до 0,37 состояние развития организации является неудовлетворительным. В такой медицинской организации принята функциональная система менеджмента, по вспомогательным видам деятельности осуществляется краткосрочное планирование, в Дорожной карте

⁶ Harrington L.A., Abramson, F. G. Models without indiscernibles //Journal of Symbolic Logic-1978 - №43 -572-600.

медицинской организации выделены критерии долгосрочного развития организации только по ограниченному количеству параметров оценки, по которым проводится мониторинг и анализ деятельности организации. Процесс планирования стратегии и политики носит несистематический характер. Медицинская организация реагирует только на изменения, которые его затрагивают. Удовлетворенность пациентов изучается на основании жалоб. Внедрен процесс планирования ресурсов в краткосрочный период. Повышение квалификации контролируется кадровыми службами только для медицинских работников и составляет один раз в пять лет. Качество оказания медицинской помощи изучается периодически. Проверка компетентности сотрудников осуществляется от случая к случаю.

Стратегический план медицинских организаций неудовлетворительного состояния устойчивости развития должен включать внедрение в медицинской организации системы менеджмента качества, основанной на принципах TQM (Всеобщего управления качеством) стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Это позволит руководителям медицинской организации внедрить процессный и системный подход к оценке качества оказания медицинских услуг, регулярно проводить мониторинг и анализ процессов, систематизировать информацию, отраженную в документах и привлечь медицинский персонал к решению вопросов, связанных с повышением качества оказания медицинских услуг и удовлетворенности пациентов.

Удовлетворительное развитие организации попадает в интервал от 0,37 до 0,63 и связано с процессами внедрения в работу организации международной системы менеджмента качества, разработки и осуществления стратегических планов развития организации, организация демонстрирует последовательное повышение эффективности деятельности некоторых процессов за последние 2–4 года. Менеджмент способствует мониторингу и анализу ресурсного обеспечения основных процессов медицинской организации, кадровая политика включает в себя элементы стратегии развития организации, удовлетворенность пациентов изучается на основании специально разработанных анкет. Уровень качества оказания медицинской помощи повышается за период 2–4 года.

Стратегический план удовлетворительного состояния устойчивости развития организации составляется на основе расширенного менеджмента организации за счет развития вспомогательных процессов, способствующих повышению эффективности деятельности организации (менеджмента эффективного ресурсного обеспечения, менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда медицинских работников и др.). Медицинской организации необходимо разрабатывать планы повторного возникновения старых проблем, удовлетворять потребности и ожидания заинтересованных сторон, когда это практически возможно. Для повышения эффективности работы персонала должны быть разработаны ключевые показатели деятельности.

Хорошее состояние развития организации (диапазон от 0,63 до 0,80) демонстрирует динамику показателей устойчивости развития на протяжении пяти лет. Стратегия и политика организации строится на основе решения практических задач, поставленных перед медицинской организацией. Разработана система ключевых показателей деятельности сотрудников организации с учетом нормирования труда, разработана эффективная кадровая политика организации, которая является неотъемлемой частью общей стратегии организации.

Стратегия развития медицинской организации хорошего уровня устойчивости должна включать разработку планов действий в чрезвычайных обстоятельствах для снижения всех выявленных рисков. В процесс разработки стратегии организации должны быть вовлечены заинтересованные стороны, для интеграции внешних и внутренних процессов с целью повышения устойчивости развития медицинской организации. Для поиска возможностей оптимизации плана развития организации целесообразно использовать бенчмаркинг. Выделение ресурсов должно способствовать достижению долгосрочных целей организации.

Очень хорошее состояние в диапазоне от 0,80 до 1,00 связано с эффективной работой каждого подразделения медицинской организации, процессы интеграционных взаимодействий с поставщиками, партнерами и другими

заинтересованными сторонами содействуют устойчивому развитию медицинской организации. Система менеджмента обеспечивает полное развертывание политики организации.

Таким образом, проведенный экспертами анализ проблем влияния различных бизнес-процессов на устойчивость развития медицинских организаций и последующая обработка материала методом анализа иерархий Т.Л. Саати, позволили сформировать методику интегральной оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации, которая является важным инструментом принятия управленческих решений руководителями различного уровня по достижению устойчивого развития, как отдельных бизнес-процессов, так и организации в целом.

Для повышения объективности принятия управленческих решений, нами была разработана методика оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации, в основу которой положены критерии детализированных элементов стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2019, преобразованных методом анализа иерархий Т.Л. Саати в многофакторную иерархическую матрицу для оценки потенциала устойчивости развития организации. Предложенная методика:

1. Повышает информативность показателей оценки различного уровня и вида деятельности.
2. Преобразует эффективность различных видов деятельности, направленных на устойчивое развитие медицинской организации, в математическое выражение.
3. Позволяет сравнивать весовые категории различных параметров оценки.
4. Переводит субъективное мнение руководителя организации в объективное обоснование принятия управленческого решения на основе математической оценки.
5. Позволяет вычислить интегральный показатель уровня устойчивости всей медицинской организации в целом. Следовательно, позволяет

продемонстрировать динамику роста уровня ее устойчивости на протяжении нескольких лет.

6. Сопоставима с методикой оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2019 и может быть использована для демонстрации уровня устойчивости организации международным экспертам.

7. Применима для медицинских организаций различного размера, уровня и формы собственности, что служит основой для формирования рейтинга МО.

8. Может служить основой для анализа менеджмента устойчивого развития организации.

9. Позволяет разработать подробный стратегический план развития медицинской организации на долгосрочную перспективу, учитывая текущее состояние организации и последовательные шаги к повышению ее устойчивости в динамике.

10. Позволяет рассчитывать потенциал устойчивости каждой группы организационных процессов, что способствует развитию сразу нескольких направлений деятельности: позволяет проводить внутренний и внешний бенчмаркинг, определять эффективность работы группы бизнес-процессов, способствует выбору области интеграции с партнерами, поставщиками и заинтересованными сторонами.

На основании стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 предлагается методика комплексной оценки потенциала устойчивого развития организации, включающая в себя несколько этапов. На основе построенной иерархической матрицы устойчивого развития организации осуществляется экспертная оценка ее отдельных элементов, т. е. определяется их приоритетность, а также степень влияния на устойчивое развитие организации. Затем определяется оценка каждого элемента иерархической матрицы по предложенной формуле с расчетом интегрального показателя оценки устойчивого развития организации, который определяет уровень потенциала устойчивости медицинской организации по шкале желательности Л. Харрингтона. В итоге применение предложенной оценки

способствует принятию обоснованного решения руководителем, направленному на устойчивое развитие организации.

В 2023 году проведена оценка устойчивости медицинских организаций региона, оказывающих ПМСП населению Новосибирской области (12 городских поликлиник, 11 МО – стационары, в составе которых имеются поликлинические отделения и 18 организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению) и сформирован их общий рейтинг.

Таким образом, разработанная методология комплексного социального исследования позволяет определить состояние медицинских организаций в нашей стране, выделить и оценить факторы, влияющие на устойчивость развития МО, а также изучить закономерности распределения групп факторов среди медицинских организаций различной организационно-правовой формы собственности, уровня устойчивости и использования различных организационных методов развития. Что позволит в дальнейшем определить направления, принципы и подходы к управлению устойчивым развитием медицинской организации.

ГЛАВА 3 НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Решение поставленных Президентом задач (2012, 2018, 2019 гг.) кроется в совершенствовании системы оказания медицинской помощи населению, центральным звеном которой является работа медицинской организации, и как бы детально не была бы проработана государственная политика здравоохранения, она не реализуется без четкой работы медицинских организаций, осуществляющих непосредственно лечебно-диагностические процессы, направленные на повышение здоровья населения [662, 675, 676, 677, 678, 679].

В отраслях промышленной сферы средства, инвестируемые в производство, сопоставляются с финансовыми результатами (прибыль, добавленная стоимость и др.). Соотношение затрат и результатов, выраженных в денежном эквиваленте, позволяет рассчитать эффективность работы предприятия, что в динамике дает общую картину устойчивости его развития.

В здравоохранении как отрасли социальной сферы эффективность работы медицинской организации измеряется критериями не столько экономического, сколько медицинского и социального результата. Процесс трансформации экономических показателей в медицинские и социальные можно представить в виде следующей схемы (рисунок 3.1).

С одной стороны, государство, осуществляя финансовое и материально-техническое обеспечение медицинских организаций, руководствуется экономическими показателями, например, финансовое наполнение «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» определяется долей ВВП и финансовым обеспечением целевых программ развития здравоохранения и др. [545, 573, 615]. С другой стороны, работа медицинской организации оценивается такими традиционными медико-социальными показателями, как: обращаемость за медицинской помощью,

количество пролеченных больных; уровень удовлетворенности пациентов; качество оказания медицинской помощи и др. В свою очередь, данные показатели напрямую влияют на улучшение общественного здоровья в стране (заболеваемость, смертность, рождаемость, среднюю продолжительность предстоящей жизни и др.).

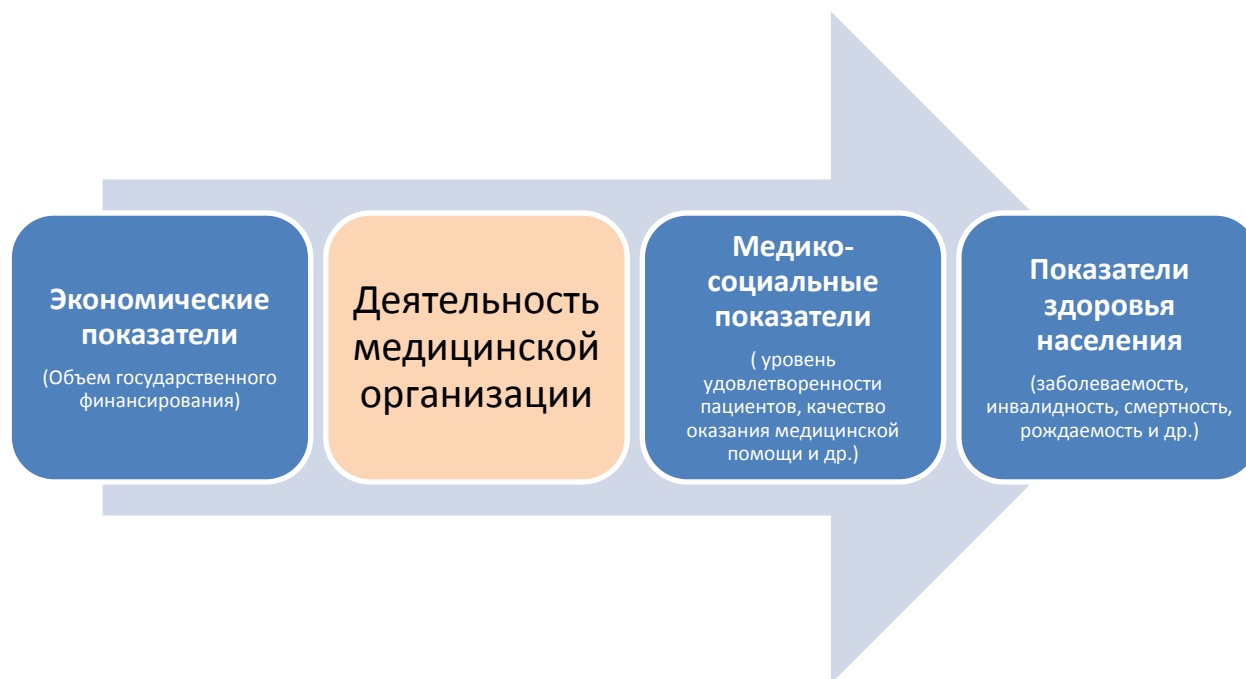


Рисунок 3.1 – Процесс преобразования различных групп показателей, характеризующих работу системы здравоохранения (составлено автором)

Анализ опыта устойчиво развивающихся организаций в здравоохранении и других сферах деятельности определил потребность в таких направлениях, как менеджмент ресурсов, менеджмент процессов, мониторинг, анализ и оценка работы медицинской организации. При этом организация должна иметь четкую стратегию развития и корпоративную культуру, стимулирующую обучение персонала и внедрение организационных изменений, а также команду управленцев, которая должна обладать профессиональными навыками менеджмента устойчивого развития.

В настоящей главе на основе анализа показателей общественного здоровья и ресурсного обеспечения медицинских организаций в России и целевых показателей программ по развитию здравоохранения в нашей стране с 2006 по

2020 гг., а также их плановых значений выявим условия внешней среды, которые могут способствовать развитию медицинских организаций в стране.

Показатели общественного здоровья и ресурсное обеспечение медицинских организаций в России рассмотрим на основе данных Федеральной службы государственной статистики по разделу «Здравоохранение» за период с 1996 по 2021 гг.⁷. Целевые показатели программ, направленных за развитие здравоохранения в стране, а также их плановые значения, проанализируем за период с 2006 по 2020 гг. Признаком же устойчивости развития медицинской организации будем считать последовательное достижение целевых индикаторов ее стратегических целей.

В настоящее время интенсивность развития отрасли здравоохранения способствует улучшению показателей здоровья населения, несмотря на вызовы внешней среды (в т. ч. пандемию COVID 19).

Здравоохранение является отраслью, требующей значительного финансового обеспечения со стороны государства. При этом достаточно сложно оценить с помощью экономических показателей качество, доступность и преемственность медицинской помощи. Поэтому о результатах от финансовых вложений в те или иные программы развития здравоохранения можно судить только в отдаленной перспективе, ориентируясь на демографические показатели, среднюю продолжительность жизни и темпы снижения показателей заболеваемости по нозологическим группам.

В 2006 году, когда был запущен Национальный Проект «Здоровье» [663], состояние системы здравоохранения было критическим. Постоянное недофинансирование отрасли привело к значительной потере кадровых, материально-технических ресурсов медицинских организаций, и, как следствие, к снижению здоровья населения [540].

⁷ Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./Росстат. – М., 2017. – 380 с.

Национальный Проект «Здоровье» представлял собой серию нормативных документов, которые «точечно» обеспечивали ресурсами ряд насущных вопросов, таких как:

- дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам [548];

- закупки диагностических средств и антиретровирусных препаратов в целях профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также для оказания медицинской помощи населению с социально значимыми инфекционными заболеваниями [542, 551];

- были построены Федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии, г. Астрахань, г. Красноярск, г. Пенза, г. Хабаровск, Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования, г. Краснодар, г. Чебоксары, Федеральный центр нейрохирургии, г. Тюмень, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии (г. Москва) [543];

- осуществлялись денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи [556];

- финансировалось проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан [549], в т.ч. работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях [553];

- закупалось оборудование и расходные материалы для неонатального скрининга [541];

- осуществлялось финансирование помощи, оказанной женщинам в период беременности и (или) родов по программе «Родовой сертификат», закупалось лекарственное обеспечение, диагностическое оборудование, вводилась стимулирующая система оплаты труда для медицинских работников [546];

– организовалось проведение дополнительных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами [552];

– осуществлялась закупка специализированного автотранспорта; так, в период 2006–2008 гг., закуплено 511 реанимобилей и 12120 санитарных автомобиля [541, 550];

– в 2006 г. закуплено оборудование для оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений: аппараты УЗИ, ЭКО, лабораторное оборудование, рентген, эндоскопы. 2009–2010 гг. – оборудование для онкологических центров, 2009–2010 гг. – диагностическое оборудование для выявления тугоухости и др. [541, 554];

– осуществлялось повышение квалификации кадров для здравоохранения, для 27 199 врачей первичного звена;

– осуществлялись денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи [556], а также денежные выплаты устанавливались в размере 10000 рублей в месяц для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и 5000 рублей в месяц для медицинских сестер, участковых врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей общей практики [540, 547];

– кроме того, в 2009–2010 гг. начинается строительство центров здоровья, а 2011 г. – строительство и реконструкция 302 травмоцентров.

Начиная с 2011 г. программы развития здравоохранения стали носить системный характер. Спустя несколько лет ряд программ модернизации здравоохранения поэтапно улучшили состояние государственных медицинских организаций в нашей стране и создали основу для развития конкуренции на рынке медицинских услуг, и устойчивого развития медицинских организаций [562, 567, 655, 664, 667, 671, 674, 675, 679, 694 (ст. 50), 698].

В 2010–2011 гг. частный сектор получил возможность работать по Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной

медицинской помощи за счет средств ОМС, а государственный сектор – оказывать платные медицинские услуги [687, 684, 694].

В период реализации программы модернизации здравоохранения (2011–2012 гг.) [671] произошло укрепление материально-технической базы и внедрение организационных изменений в работу сети медицинских организаций, среди которых: оснащение первичного звена здравоохранения необходимым оборудованием; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи организована работа сети медицинских организаций, маршрутизация пациентов; произошла реструктуризация коечного фонда стационаров с целью рационального его использования; произведен анализ обеспеченности медицинскими кадрами региона в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и заболеваемости населения в субъектах Российской Федерации. В результате повысились показатели доступности и качества за счет внедрения порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Порядки оказания медицинской помощи стали определять минимальные лицензионные требования к организации процесса оказания медицинской помощи каждому виду, профилю, заболеванию с определением необходимых кадровых, материально-технических ресурсов и лекарственного обеспечения [687, ст. 10]. Владельцем процесса является руководитель медицинской организации. На основе порядков при лицензировании определяется так называемое структурное качество медицинской услуги, когда качество результата зависит от качества подготовки специалистов, материально-технической оснащенности помещений (качества лекарственного обеспечения, изделий медицинского назначения и т. д.) и других условий оказания медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи же определяют действия врача в лечебно-диагностическом процессе по каждой нозологии. Владельцем процесса является лечащий врач, и именно он отвечает за качество оказания медицинской услуги [687, ст. 10]. Кроме того, стандарты являются базовым руководством для расчета стоимости медицинской услуги [694]. Клинические рекомендации – это современное видение качественного лечебно-диагностического процесса с

позиций доказательной медицины. На их основе принимаются клинические решения, и проводится экспертиза качества медицинской помощи с учетом состояния пациента.

Клинические рекомендации учитываются при разработке порядков и стандартов медицинской помощи, а также содержат необходимые критерии, позволяющие проводить экспертизу качества [687, ст. 64].

В 2012 г. рядом майских Указов Президента Российской Федерации началась работа по: устранению кадрового дисбаланса и повышению оплаты труда медицинских работников [677, 679]; сохранению и укреплению здоровья граждан за счет совершенствования демографической политики, повышения рождаемости, снижения смертности и повышению средней продолжительности жизни населения [676, 679]; увеличению объема производства отечественных лекарственных препаратов [569, 579, 609, 636, 649, 679] и изделий медицинского назначения за счет реализации программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» [675]; разработке и реализации «Стратегии развития медицинской науки» [604, 625, 628, 651, 673, 577, 679]; защите здоровья населения от последствий потребления табака [679, 688]; реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни [574, 626, 679]; реализации государственной политики в области здорового питания [668, 679].

Программа развития здравоохранения на 2013–2014 гг. предусматривала повышение доступности, качества и эффективности медицинских услуг с применением инновационных достижений медицинской науки. Основными индикаторами развития здравоохранения стали показатели здоровья населения и повышение оплаты труда медицинских работников [667].

Одними из задач программы являлись совершенствование контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья и совершенствование системы управления развитием отрасли здравоохранения. В апреле 2014 г. произошла существенная корректировка программы «Развитие здравоохранения» [562, 590, 599, 624], в приоритетные направления включили развитие международных отношений, совершенствование организации государственной политики в сфере

обязательного медицинского страхования граждан и развитие скорой медицинской помощи, программу непрерывного образования медицинских работников [562, 665].

В 2017–2020 гг. актуальными вопросами развития здравоохранения стали: развитие информационных технологий; внедрение модели «Бережливая медицина»; территориальная и междисциплинарная интеграция медицинских организаций для помощи гериатрическим больным; мониторинг движения лекарственных препаратов; совершенствование статистического наблюдения; совершенствование механизмов государственно-частного партнерства и развитие межведомственной интеграции, которое способствовало укреплению общественного здоровья [567, 600, 601, 602, 632, 661, 662].

В марте 2021 года произошла корректировка программы «Развитие здравоохранения», в связи с оценкой последствий пандемии COVID-19, для состояния здоровья населения страны. Скорректированы целевые показатели ожидаемой продолжительности жизни, смертности населения, младенческой смертности, снижение смертности от болезней системы кровообращений и новообразований [660].

Таким образом, с 2006 по 2017 гг. на развитие здравоохранения было выделено 7072,6 млрд. руб. государственных средств, и планируется выделить до 2025 г. еще 34910,3 млрд. руб. (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Финансирование программ развития здравоохранения

Период (года)	Программа развития здравоохранения	Объем финансирования (млрд.руб.)
2006 – 2010	Национальный проект «Здоровье» [545, 663].	62,6
2011 – 2012	Программа модернизации здравоохранения [655, 671, 698]	285,3
2013 – 2014	Программа «Развитие здравоохранения» [667].	786,4
2014 – 2017	Программа «Развитие здравоохранения» [562]	5938,3
2017-2025	Программа «Развитие здравоохранения» [567]	34910,3

За последние 25 лет финансирование отрасли здравоохранения, в абсолютных цифрах, увеличилось в 120 раз, а с начала периода действия программ по развитию здравоохранения увеличение произошло в 6,2 раза, что значительно выше уровня инфляции в нашей стране (рисунок 3.2).

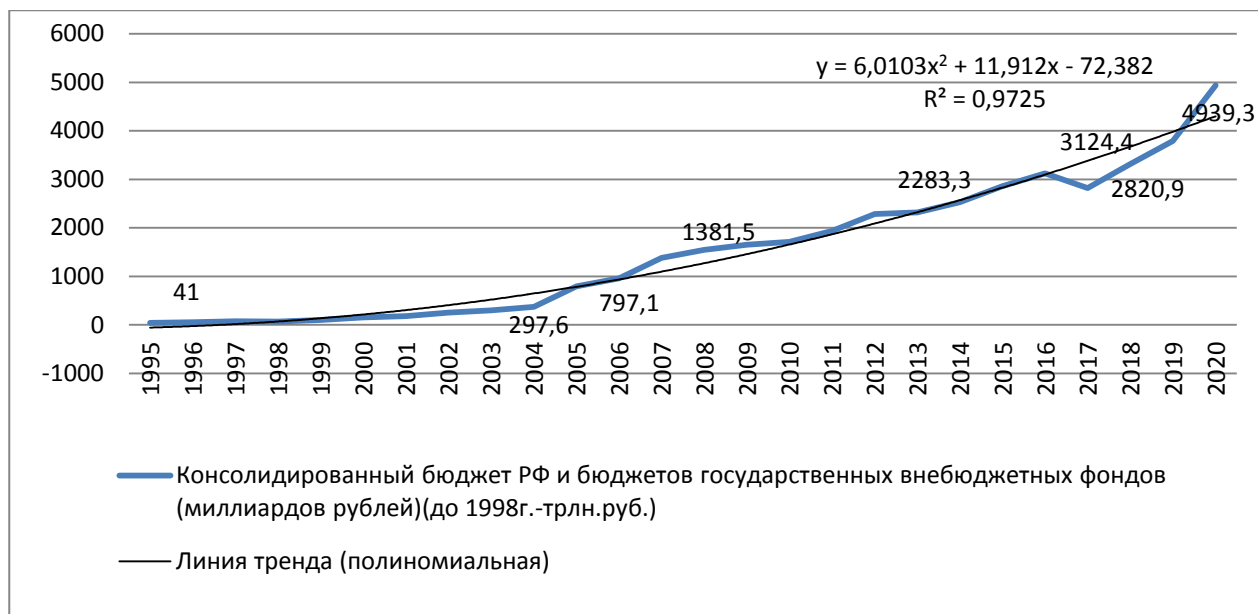


Рисунок 3.2 – Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных и внебюджетных фондов, выделенных на здравоохранение за период с 1995 по 2020 гг. (млрд. руб.) (до 1998 г. трлн. руб.)

Если рассматривать финансирование здравоохранения относительно доли валового внутреннего продукта, то увеличение в 1,7 раза в 2005 году, позволило начать реализацию Национального Проекта «Здоровье». В 2007 и 2009 гг. увеличение доли ВВП, выделенной на здравоохранение на 16,7%, позволило создать для отрасли финансовый резерв, чтобы снизить риски воздействия экономического кризиса в нашей стране, в абсолютных цифрах увеличение финансирования было ниже уровня инфляции (рисунок 3.3).

В период реализации программы модернизации здравоохранения увеличение финансирования произошло на 13% в 2011 году, и на 18% в 2012 году. В период реализации программ «Развитие здравоохранения» увеличение финансирования отрасли составило от 9% до 13% (2014–2016 гг.), что выше официального уровня инфляции в нашей стране. Рост расходов на здравоохранение в 2020 году на 31,4% позволил мобильно перестроиться медицинским организациям для работы в условиях пандемии COVID-19.

Таким образом, развитие отрасли здравоохранения составило основу для ресурсного обеспечения медицинских организаций в России.

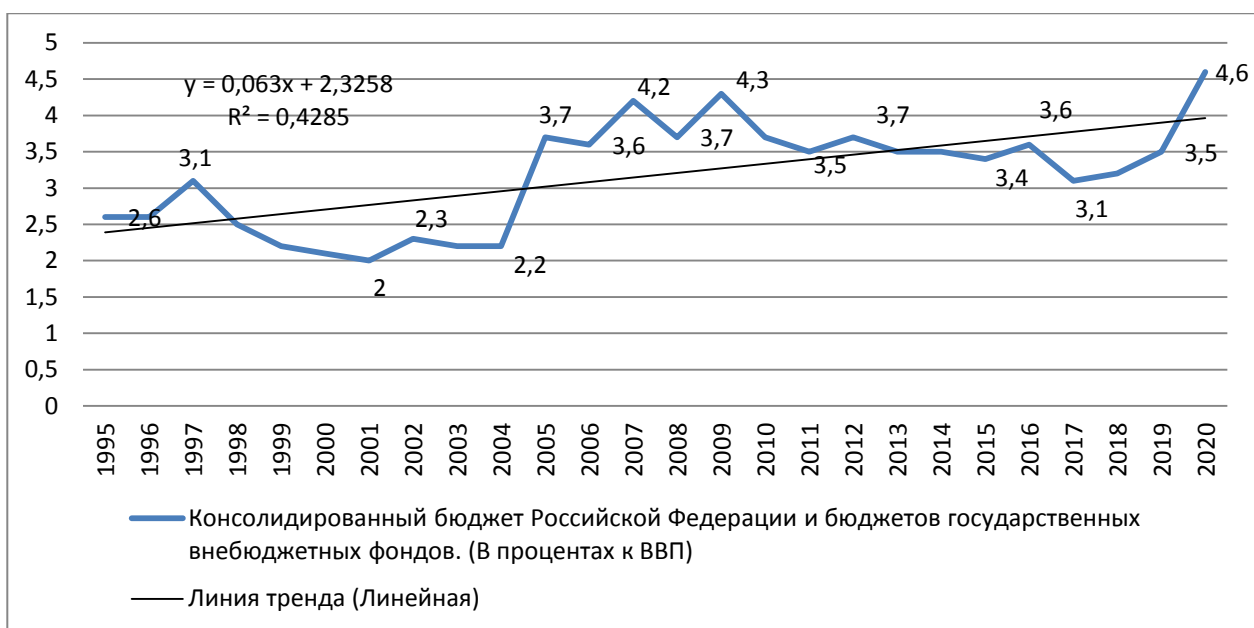


Рисунок 3.3 – Консолидированный бюджет отрасли здравоохранения (в процентах к ВВП) за период 1995–2020 гг. по данным Росстата

Рассмотрим динамику развития медицинских организаций по данным официальной статистической информации (Росстата) за период с 1996 по 2021 гг. Статистический анализ количества медицинских организаций в России показал, что за период с 1996 по 2021 гг. общее количество лечебно-профилактических учреждений снизилось на 15,6%, при этом на момент начала реализации национального проекта «Здоровье» (2006 г.), сокращение МО произошло только на 7,9% (рисунок 3.4).

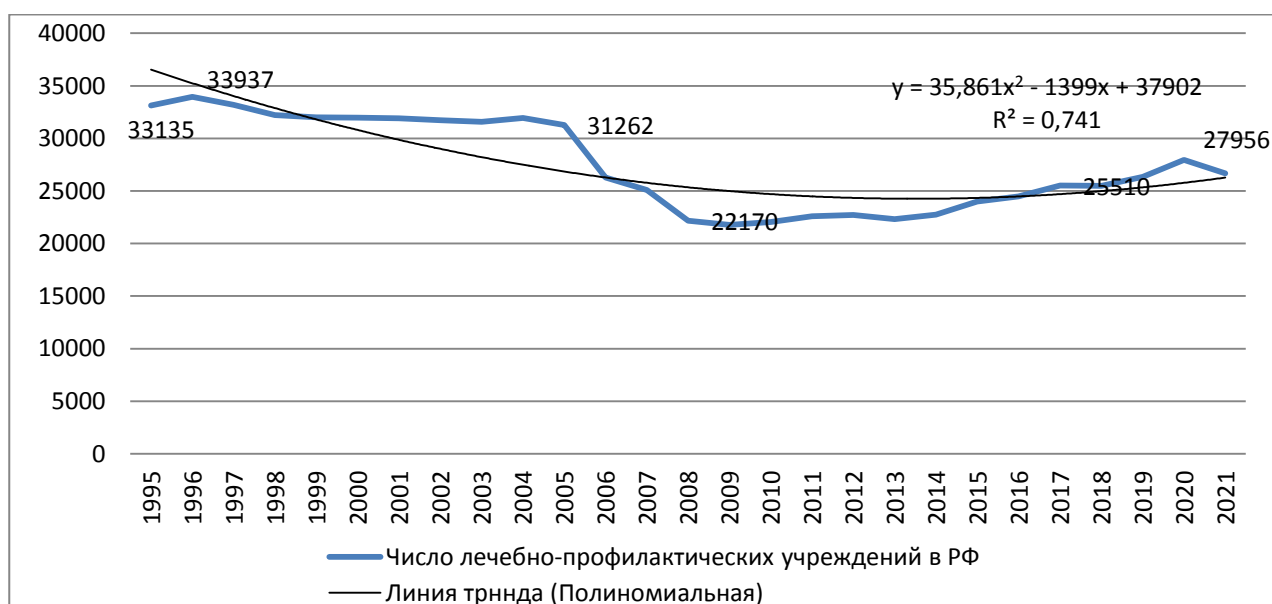


Рисунок 3.4 – Число лечебно-профилактических учреждений за период с 1995 по 2021 гг. по данным Росстата, (абс.)

В исследуемый период наибольшей реструктуризации основных фондов подверглись стационары, количество которых снизилось на 58%, а за период с 2005 по 2009 гг. на 30,9%. В первую очередь это было связано с активным внедрением стационар-замещающих видов медицинской помощи, что привело к повышению эффективности использования ресурсов (рисунок 3.5).

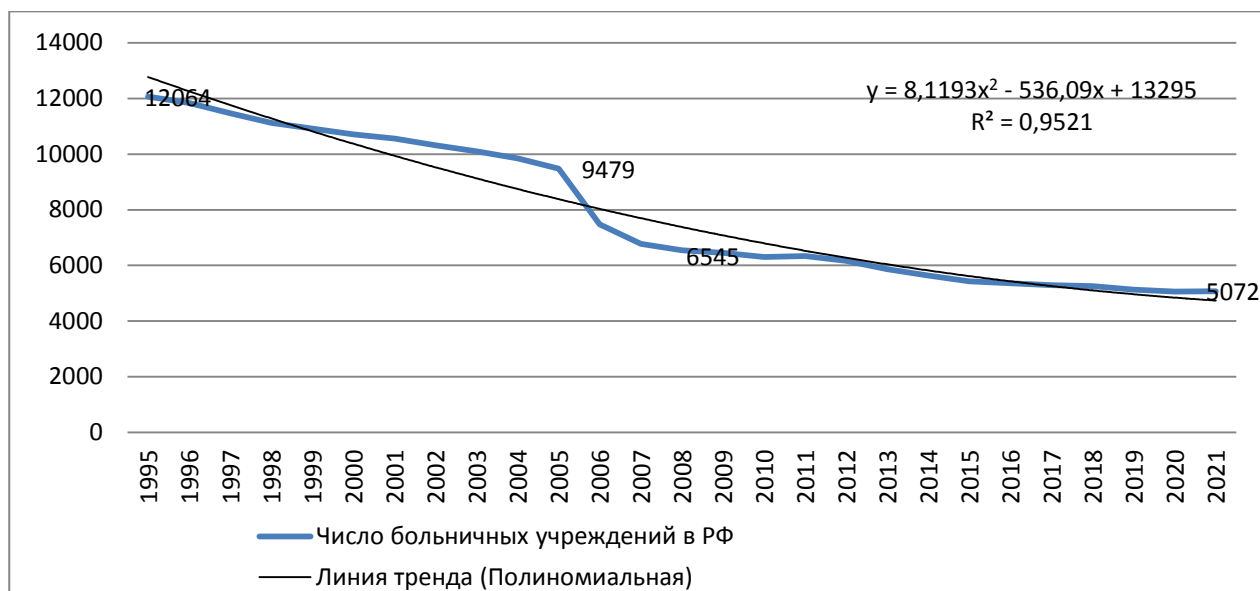


Рисунок 3.5 – Число больничных учреждений в Российской Федерации за период с 1995 по 2021 гг. по данным Росстата, (абс.)

Снижение числа врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений за период 1996–2006 гг. произошло на 13,5%, а, начиная с 2008 г. наблюдался рост на 38,3%, что связано с внедрением порядков и стандартов оказания медицинской помощи и перераспределением потоков пациентов в амбулаторное звено (рисунок 3.6).

Количество работников в медицинских организациях сократилось к 2013 году на 3,1% в абсолютных цифрах (рисунок 3.7).

В большей степени сокращение произошло за счет оптимизации распределения административно-управленческого персонала, в связи с укрупнением медицинских организаций, а также за счет внедрения системы нормирования труда медицинских работников, а за период с 2017 по 2020 гг. возросло на 4,4%.

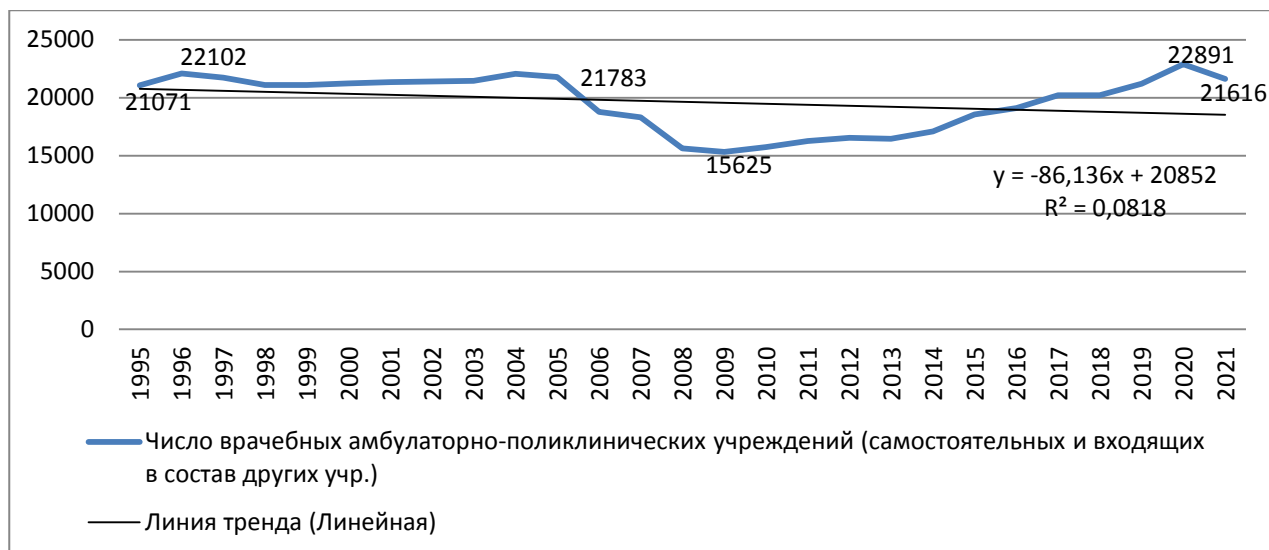


Рисунок 3.6 – Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений) за период с 1995 по 2021 гг. по данным Росстата, (абс.)

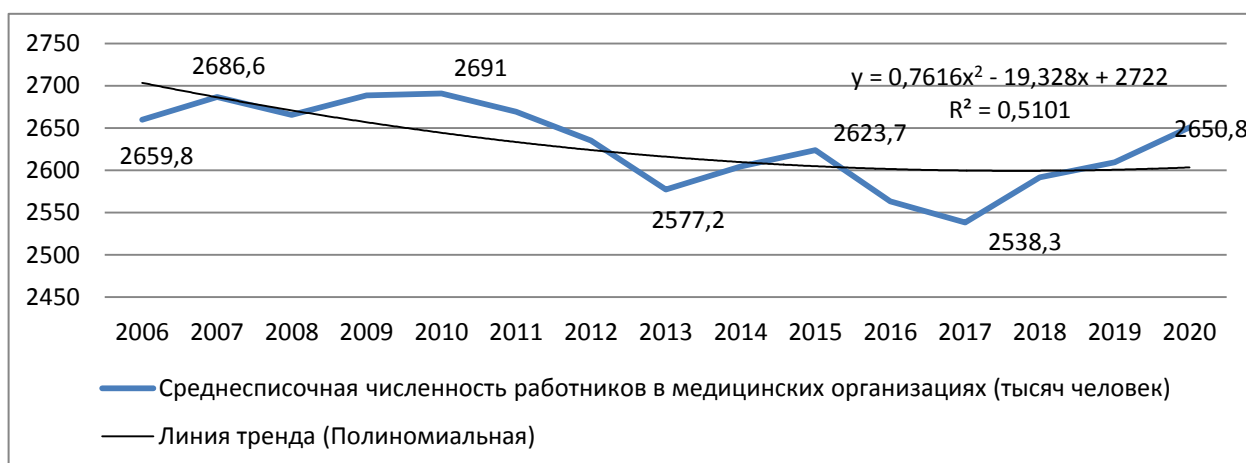


Рисунок 3.7 – Среднесписочная численность работников в медицинских организациях (тыс. чел) за период с 2006 по 2020 гг. по данным Росстата

Оптимизация ресурсного обеспечения позволила сократить количество больничных коек круглосуточных стационаров на 36,6%, при этом коечный фонд стационаров дневного пребывания увеличился в 8,3 раза, что позволило сократить затраты на оказание специализированной медицинской помощи при сохранении доступности и качества медицинских услуг (рисунок 3.8).

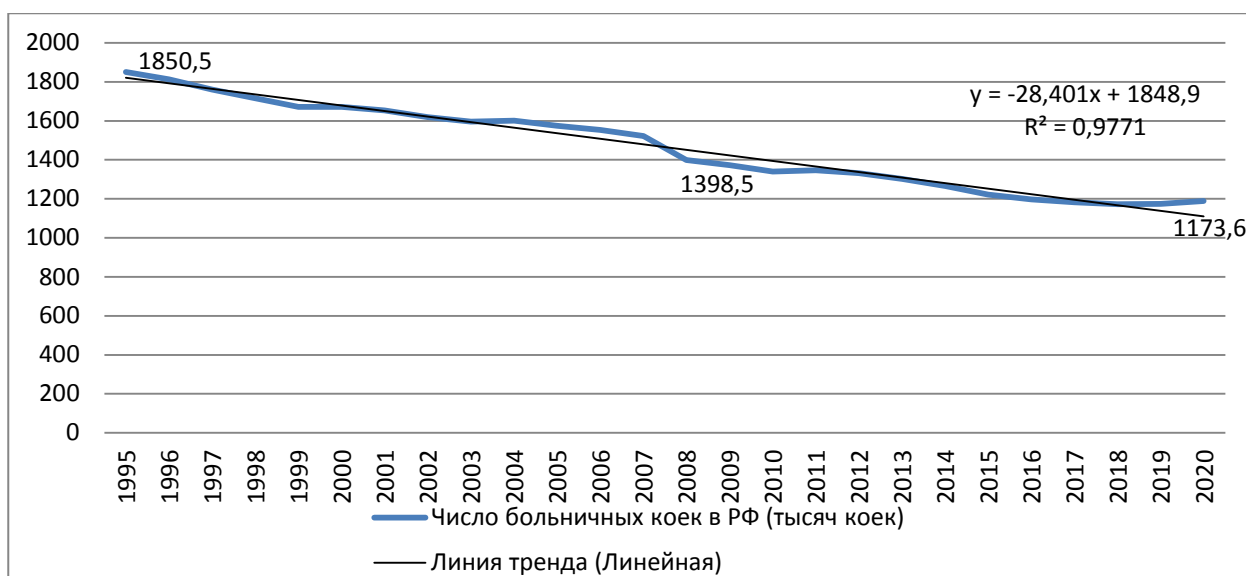


Рисунок 3.8 – Количество больничных коек круглосуточного пребывания за период с 1995 по 2020 гг. по данным Росстата, (абс.)

Оптимизация ресурсного обеспечения отразилась и на основных фондах медицинских организаций. Так, за период с 1996 по 2020 гг. количество зданий и сооружений, относящимся к больничным учреждениям и стационарам сократилось в 2,5 раза, причем, в основном, сокращение фондов в 2 раза произошло за период реформирования здравоохранения с 2006 по 2020 гг. (рисунок 3.9).



Рисунок 3.9 – Основные фонды больничных учреждений и стационаров (зданий в тыс.) за период с 1995 по 2020 гг. по данным Росстата

Видимых изменений основных фондов врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений за период с 1996 по 2020 гг. не произошло, однако, если посмотреть на график (рисунок 3.10), то можно увидеть, что тенденция сокращения основных фондов продолжалась до 2014 г., но в период модернизации здравоохранения, строительство современных амбулаторно-поликлинических учреждений увеличило количество новых корпусов на 11,6% (рисунок 3.10).



Рисунок 3.10 – Основные фонды амбулаторно-поликлинических учреждений (зданий в тыс.) за период с 1995 по 2020 гг. по данным Росстата

Рассмотрим ключевые показатели общественного здоровья в контексте реформирования здравоохранения. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась на 7,4% и составила в 2020 г. 71,54 лет. Однако, согласно данным программы «Развитие здравоохранения» в редакции 2021 г., этот показатель должен к 2024 г. увеличиться на 2,9%, и составить 73,6 года (рисунок 3.11) [567; 660; 678]. Снижение показателя смертности трудоспособного населения за период с 2006 по 2020 гг. произошло на 21,2% и составило 548,2 случая на 100 тысяч населения, к 2025 году плановое значение этого показателя предполагает снижение на 14,6% [567] (рисунок 3.12).



Рисунок 3.11 – Динамика увеличения плановых и фактических значений показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении по данным программ «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.) (лет)



Рисунок 3.12 – Динамика снижения значений показателя смертности трудоспособного населения по данным программ «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017 гг.) (случаев на 100 тыс. населения)

На показатель смертности трудоспособного населения влияют такие показатели, как смертность от болезней системы кровообращения и новообразований. За период реформирования отрасли показатель смертности от болезней системы кровообращения снизился на 33,7%, и к 2024 году планируется снизить еще на 13,4%, т. е. почти на 35,8% по отношению к 2006 году [567, 678] (рисунок 3.13).



Рисунок 3.13 – Динамика снижения значений показателя смертности от болезней системы кровообращения по данным программ «Развития здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.) (случаев на 100 тыс. населения)

В то же время показатель смертности от новообразований (в т. ч. злокачественных) за период с 2006 по 2020 гг. имел тенденцию к росту на 0,5%, но поскольку решению такой задачи уделяется значительное внимание в программе «Развитие здравоохранения» 2017 г., то есть предпосылки для снижения показателя смертности от новообразований на 2,9% до достижения планового значения 195,1 случаев на 100 тыс. населения [567, 678] (рисунок 3.14).



Рисунок 3.14 – Динамика изменения значений показателя смертности от новообразований (в т. ч. от злокачественных) по данным программ «Развития здравоохранения» (2012, 2014, 2017, 2021 гг.) (случаев на 100 тыс. населения)

Ряд проблем здравоохранения нельзя решить простым увеличением ресурсного обеспечения. Существуют вызовы, т. е. совокупность проблем и угроз, которые можно устранить, используя современные организационные технологии, и именно такие решения необходимо обеспечивать кадровыми, инфраструктурными, информационными, финансовыми и иными ресурсами.

В настоящее время можно определить эффективность организационных мер, которые были приняты в рамках программ развития здравоохранения (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Эффективность организационных решений при реформировании здравоохранения

Организационное решение	Эффект
<p>Реформа системы ОМС</p> <p>1.1. Финансовое обеспечение базовой программы ОМС осуществляется на основе подушевого финансирования [555, 694, 696]</p> <p>1.2. Внедрена единая тарифная политика ОМС [531]</p> <p>1.3. Внедрены единые эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результаты деятельности медицинской организации [531]</p> <p>1.4. Переход на преимущественно одноканальное финансирование [531]</p> <p>1.5. Увеличены тарифы на медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий [531, 559]</p> <p>1.6. С 2014 года внедрена организационная модель поэтапного погружения ВМП в систему ОМС, установление Программой государственных гарантий двух перечней видов ВМП, в т. ч. не включенных в базовую программу ОМС. В 2016 году принят Федеральный Закон, предусматривающий осуществление финансирования ВМП, не включенных в базовую программу ОМС из обособленного бюджета ФФОМС [580, 585, 656]</p>	<p>Реформа системы ОМС</p> <p>А) Обеспечила сбалансированность и бездефицитность территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС.</p> <p>Б) Повысила доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи для населения.</p> <p>В) Повысила экономическую привлекательность видов помощи, входящих в ППГ для частных медицинских организаций. Что увеличило количество медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий и повысило качество и доступность медицинской помощи для населения.</p>
<p>2) Внедряется трехуровневая система оказания медицинской помощи, которая включает в себя [533, 583, 638, 687]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – сформирован межмуниципальный, межрайонный уровень с целью оказания населению специализированной помощи на высоком уровне и качестве при жизнеугрожающих состояниях (остром 	<p>Трехуровневая система оказания медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Повысила доступность медицинской помощи. – Оптимизировала распределение ресурсов медицинских организаций. – За счет оптимального размещения медицинских центров второго уровня

коронарном синдроме, инфаркте миокарда, инсультах, тяжелых травмах, комах и др.)	обеспечила доставку пациентов из любой точки региона в течение «золотого часа».
<p>3) Оптимизация оказания медицинской помощи для сельского населения [585, 592, 598, 619, 638, 666, 694 ст.51]:</p> <p>а) организация фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов на селе в зависимости от численности населения и удаленности от медицинских организаций,</p> <p>б) использование выездных форм работы: – санавиация, – поезда здоровья,</p> <p>в) утверждены требования к размещению медицинских организаций государственных и муниципальных систем здравоохранения исходя из потребности населения,</p> <p>г) определены требования к транспортной доступности медицинской помощи в экстренной и неотложной формах,</p> <p>д) разработка геоинформационной системы, на основе которой проводится оценка достаточности и доступности инфраструктуры здравоохранения, определяются населенные пункты, население которых имеет риски по доступности медицинского обслуживания</p> <p>е) Программа «Земский доктор»</p>	<p>Оптимизация оказания медицинской помощи для сельского населения:</p> <p>а) улучшила организацию оказания первичной медико-санитарной помощи сельским жителям,</p> <p>б) повысила доступность медицинской помощи</p> <p>в) программа «Земский доктор» привлекла на работу в медицинские организации, находящиеся в сельской местности более 24 тыс. молодых специалистов в возрасте до 36 лет</p>
4) Количество перинатальных центров повысилось с 16 в 2000 г. до 73 в 2016 г. [541, 543]	Повысило доступность медицинской помощи
5) С 2006 г. запущена Программа «Родовой сертификат» [546]	<p>– приобретено более 30,0 тыс. единиц дорогостоящего медицинского оборудования,</p> <p>– улучшилось качество диспансерного наблюдения беременных женщин,</p> <p>– снизилось количество осложнений во время беременности и родов.</p>
<p>6) Оплата труда медицинских работников [572, 669]</p> <p>а) переход 2008–2012 гг. на новые системы оплаты труда,</p> <p>б) с 2012 по 2016 гг. программа по увеличению среднемесячной заработной платы врачей, среднего и младшего персонала,</p> <p>в) доля выплат по базовым окладам с 2014 г. составила 55–60% в структуре заработной платы</p>	<p>а) при неизменной численности работников медицинских организаций среднемесячная начисленная заработная плата выросла более, чем в 2 раза,</p> <p>б) снизилось межрегиональная дифференциация в оплате труда медицинских работников и повысилась социальная защищенность,</p> <p>в) с 2012 по 2016 гг. зарплата врачей увеличилась на 48,7%, среднего медицинского персонала – на 46,2%, младшего медицинского персонала – на 75,3%.</p>
7) Подготовка медицинских кадров [530, 544, 581, 582, 584, 587, 591, 594, 597, 603, 610, 618, 621, 641, 643, 657, 690, 695, 697]	– повысилась готовность выпускников вузов 2017 года к самостоятельной профессиональной деятельности в

<p>а) в 2011 г. начали обучение студенты медицинских вузов по федеральным государственным образовательным стандартам третьего поколения, в которых существенно увеличилась доля практической подготовки выпускников вузов;</p> <p>б) к 2016 году в России создано более 70 симуляционных центров различной степени реалистичности;</p> <p>в) целевая подготовка специалистов по заявкам регионов;</p> <p>г) с 2016 года началась реализация проекта непрерывного профессионального образования медицинских работников.</p>	<p>первичном звене здравоохранения непосредственно после окончания вуза, что повысило эффективность перевода на первичную аккредитацию специалистов системы здравоохранения и программы НМО;</p> <p>– устранение кадрового дисбаланса в ядре регионов;</p> <p>– возврат подготовленных специалистов на рабочие места по России превысило 86%, что является хорошим показателем;</p> <p>– повысился уровень практико-ориентированной подготовки специалистов здравоохранения.</p>
--	--

В 2010 году произошло изменение статуса большинства медицинских организаций государственного сектора с выделением автономных, казенных и бюджетных учреждений здравоохранения [699]. Развитие амбулаторно-поликлинической сети является одной из ключевых задач отечественного здравоохранения. За последние несколько лет в ее работу внедрены [529, 530, 567, 591, 594, 597, 603, 613, 619, 639, 640, 678]: модель бережливой медицины; новая модель подготовки медицинских кадров, включающая практическую деятельность выпускников медицинского вуза в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; ресурсное обеспечение и порядок оказания медицинской помощи в первичном звене; информационное обеспечение маршрутизации пациентов и др.

Стационарная медицинская помощь регулируется в основном за счет увеличения коек дневного пребывания и маршрутизации пациентов [524, 585].

Решение поставленных перед здравоохранением задач требует от медицинских организаций нашей страны увеличения эффективности работы за счет внедрения организационных изменений, внешней и внутренней интеграции для повышения согласованности действий при оказании помощи населению.

В период реформирования здравоохранения, уделялось внимание не только совершенствованию ресурсного обеспечения медицинских организаций, но и внедрению в их работу организационных изменений, способствующих совершенствованию деятельности МО. Среди прочих изменений, обратим особое

внимание на те аспекты работы МО, которые способствуют менеджменту устойчивого развития. Совершенствованию стратегии развития и формированию целевых индикаторов эффективности деятельности МО способствовала разработка дорожных карт [535, 536, 575, 672].

При реформировании отрасли особое внимание уделялось профессиональной подготовке руководителей медицинских организаций [675].

Во-первых, в 2011 году стартовала государственная программа подготовки управленческих кадров для здравоохранения. Программа предусматривала подготовку управленческого звена высокого уровня (главные врачи заместители главных врачей). Подготовка заведующих отделениями в данную Программу не входила [670].

Во-вторых, совершенствовалась система отбора специалистов в области организации здравоохранения [633]. Актуальным оставался вопрос создания кадрового резерва руководителей в медицинской организации в силу того, что пройти профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» могли только ограниченный круг лиц, которые либо уже занимали руководящую должность или работали в должности врача-методиста, врача статиста. Только с 07.11.17 Профессиональным стандартом утвержден нормативный регламент подготовки заведующих отделений по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», что позволило расширить круг лиц, прошедших обучение современным технологиям управления [646].

Анализ опыта эффективного использования ресурсов в устойчиво развивающихся организациях из различных сфер деятельности, описанных нами в 1 главе, определил общие подходы, в основе которых находится долгосрочный план стратегического развития организации с определением ключевых показателей ее деятельности, способствующие долгосрочному развитию. Основная идея ресурсосбережения направлена на утверждение, что при отсутствии стратегических целей устойчивого развития организации оценить эффективность использования ресурсов как отношения результатов работы к ее

затратам становится затруднительным. Тем более что ключевыми результатами деятельности медицинской организации, прописанных в ее «Дорожной карте», являются не столько экономические, а сколько медико-социальные показатели [575, 672].

Одним из условий стабильного развития медицинских организаций является реформа обязательного медицинского страхования. Переход на одноканальное финансирование, ориентированного на результат деятельности медицинских организаций стимулирует пересмотр эффективности основных процессов МО. А также ориентирует организацию на качество оказания медицинской услуги [531, 555, 573, 615, 696].

На современном этапе развития здравоохранения идет совершенствование процессов оплаты медицинской помощи за счет интеграции клинических рекомендаций, протоколов лечения и тарифов ОМС [534, 678].

Увеличение тарифов на медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий повысило уровень финансового обеспечения медицинских организаций. Основой расчета стоимости и оплаты, оказываемой медицинской помощи являются клинико-статистические группы [531, 559, 573, 576, 654].

Потоки пациентов по платным услугам и при оказании медицинской помощи за счет средств ОМС должны быть разделены [532, 534, 557, 687].

Потребности в ресурсах медицинских организаций регулируются системой государственных закупок [681, 682].

Стимулируется развитие конкуренции медицинских организаций различной формы собственности [674].

Штрафные санкции за некачественное оказание медицинской помощи регулируется кодексом об административных правонарушениях [526].

Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников. В период реформирования здравоохранения большое внимание уделяется повышению эффективности кадровой политики в медицинской организации:

1. внедрен в работу хронометраж рабочего времени и нормирование труда медицинских работников, что демонстрирует включенность и ценность кадровых ресурсов для работы медицинской организации. Однако нормирование труда, прежде всего, должно осуществляться для синхронизации внутренних процессов организации, и быть связано с ее стратегическими целями [560, 578, 645, 648];

2. повысилась оплата труда медицинских работников [525, 572, 669, 679];

3. осуществлен переход на работу по эффективному контракту [523, 539, 617, 647];

4. активно разрабатываются профессиональные стандарты [568];

5. внедрена система непрерывного медицинского образования, в т. ч. дистанционного, что способствует поэтапному устранению дисбаланса в распределении медицинских работников по уровням и условиям оказания медицинской помощи; кроме того, система непрерывного медицинского образования позволяет руководителям выбирать образовательные программы для своих сотрудников, отвечающих текущим потребностям МО, это способствует гибкому подходу к улучшению внутренних процессов организации в ответ на изменение внешней среды [530, 544, 564, 581, 582, 591, 594, 597, 603, 610, 621, 637, 643, 644, 657, 690].

Современная медицинская организация, кроме решения проблем своевременности и качества оказания медицинской помощи населению, должна осуществлять синхронизацию основных и вспомогательных процессов за счет внутренней интеграции, внедрять организационные изменения, а также совершенствовать систему управления, как отдельных подразделений, так и организации в целом.

Ряд процессов в работе МО определяются нормативной базой в число которой входит: санитарно-эпидемиологические требования [538, 692]; работа с медицинской документацией [588, 612]; заполнение статистических форм [605, 653, 658]; защита прав пациентов (получение информированного согласия на медицинское вмешательство и др.) [532, 593, 614, 629, 687, 689]; доступность и качество оказания медицинской помощи [638, 687]; экспертиза временной

нетрудоспособности и работа врачебной комиссии [595, 611, 616, 620, 635, 659, 680]; предоставление платных медицинских услуг [557].

Часть вспомогательных процессов медицинская организация может отдавать на аутсорсинг [535, 536, 538, 669].

В настоящее время показатель качества лечебно-диагностического процесса зависит от интеграции внутренних и внешних процессов медицинской организации (рисунок 3.15).

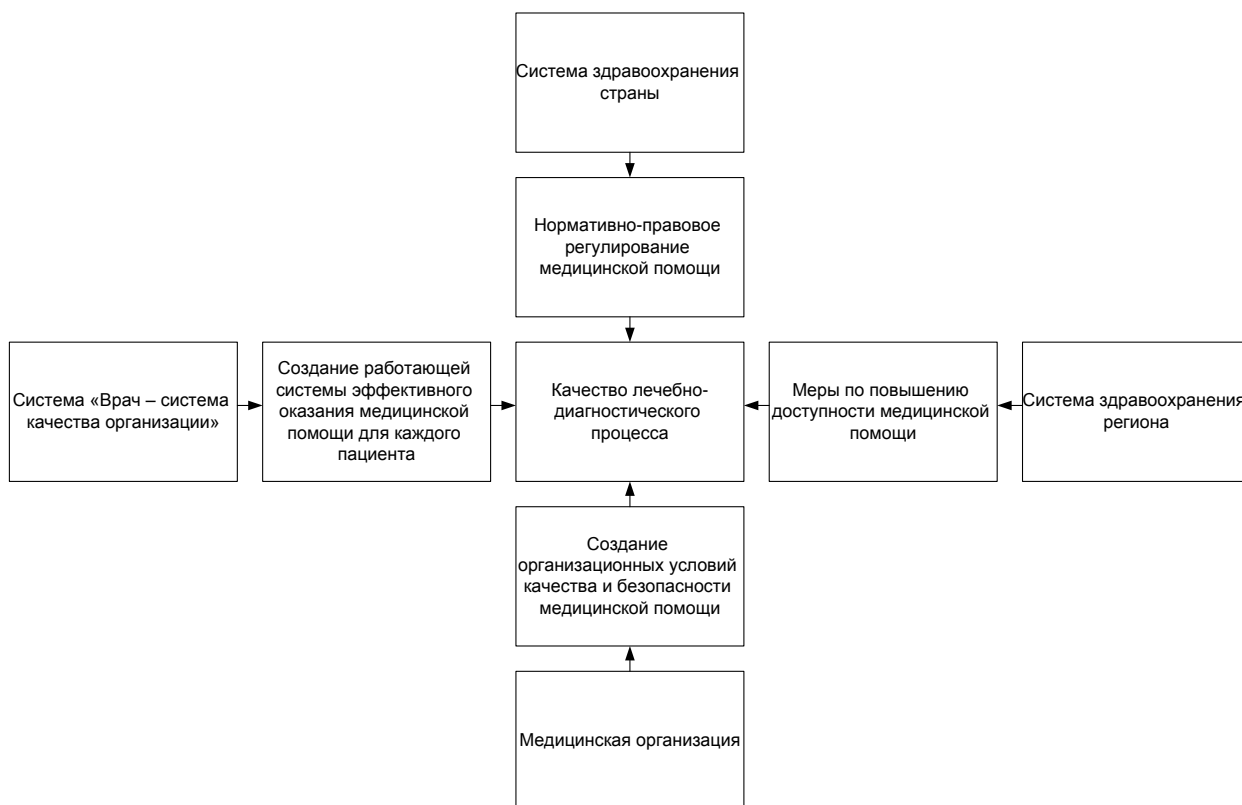


Рисунок 3.15 – Условия качества эффективности лечебно-диагностического процесса

Лицензионные требования к медицинской организации [558, 563, 565, 596, 700], формирование стандартов и порядков оказания медицинской помощи облегчают контроль за осуществлением основной деятельности [585, 687], как на государственном [537, 561, 570, 589, 607, 608, 627, 650], так и на ведомственном уровне [566, 571, 586, 634]. Тем не менее, единая система внутреннего контроля качества в нашей стране отсутствует, поэтому каждая медицинская организация формирует собственную систему контроля, в некоторых медицинских организациях за основу берется система менеджмента качества стандарта ГОСТ Р

ИСО 9001-2015 [528]. На современном этапе развития отечественного здравоохранения нормативно закреплены:

– критерии оценки качества определяет алгоритм действий, связанных с лечением пациента в амбулаторных и стационарных условиях, в т. ч. устанавливает требования к срокам постановки диагноза, объему лечебного и диагностического процессов, тактике ведения пациента для обеспечения преемственности [622];

– оценка качества оказания медицинских услуг пациентами и общественный контроль [623];

– многоуровневая модель экспертизы качества оказания медицинской помощи, которая осуществляется врачебной комиссией МО, Территориальными ФОМС и страховыми медицинскими организациями с привлечением экспертов, включенных в соответствующий реестр, в том случае если медицинская помощь оказывается в рамках программы ОМС. Остальные случаи относятся к компетенции Росздравнадзора [620, 652].

На усмотрение руководителя МО отданы такие важные составляющие успешной работы системы контроля качества МО, как:

1. внедрение организационных инноваций в области качества;
2. наличие и функциональные обязанности службы контроля качества, которые могут быть ограничены работой врачебной комиссии или быть расширены до системы менеджмента качества;
3. развитие в медицинской организации системы ключевых показателей деятельности персонала;
4. корпоративная культура организации, нацеленная на повышение качества оказания медицинской помощи.

Значимым результатом интеграции организационной деятельности и лечебно-диагностического процесса является оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования [531].

Доступность и качество медицинской помощи являются насущной проблемой национальных систем здравоохранения во всем мире. В нашей стране

доступность медицинской помощи регламентируется Приказами Минздрава России № 543н, №132н и Программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [619, 638, 688], что определяет необходимые условия для организации системы здравоохранения территории. Решить эту задачу только усилиями территориальных органов управления здравоохранением невозможно. Необходима интеграция усилий органов государственной власти и медицинских организаций.

Во многом успешной интеграции различных уровней управления здравоохранением, медицинской организации и населения содействует информатизация отрасли, на которую выделяются значительные средства в рамках программ развития здравоохранения [562, 631, 693, 694]. Приоритетными направлениями этой деятельности являются: развитие электронного документооборота, в т. ч. истории болезни, развитие электронной регистратуры, а также создание единой государственной информационной системы обработки данных [606, 630].

В современной нормативно-правовой базе выборочно проработаны вопросы внутренней и внешней интеграции медицинской организации: с другими медицинскими организациями с целью обеспечения преемственности на основе развития единой информационной системы [678, 687 (ст.9)]; с учебными заведениями [695]; с бизнесом, в рамках программ государственно-частного партнерства [608, 685, 686]; с общественными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, объединенными по территориальному и профильному профессиональному принципам [683, 687 (ст. 76,28)].

Интеграция медицинских организаций со страховыми организациями, которые продвигают на рынок продукт по добровольному медицинскому страхованию, позволяет расширить спектр услуг, предоставляемых организацией, привлечь финансирование, при этом повысив привлекательность данного вида услуг для населения и работодателей [694].

Особо значима для развития медицинских организаций интеграция заместителей главных врачей по экономике с органом управления здравоохранением и территориальным органом ОМС. Что позволяет синхронизировать усилия по достижению оптимального финансового обеспечения и эффективности использования ресурсов при условии повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, особенно по направлениям актуальным для развития здравоохранения региона [694, 687 (ст. 9)].

Развитие системы здравоохранения должно строиться на основе интеграции основных участников рынка медицинских услуг. Страховых компаний и медицинских организаций для развития дополнительного медицинского страхования. Интеграции между страховыми и медицинскими организациями также способствуют врачи-эксперты, осуществляющие контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС, так как для исполнения контрольных функций отбираются врачи-эксперты, являющиеся наиболее компетентными в своей сфере деятельности [600].

Отдельный интерес в настоящей работе вызывает такой процесс, как интеграция усилий медицинских организаций с партнерами и другими заинтересованными сторонами. Так, в Приказе № 844 прописаны основы формирования научно-образовательных медицинских кластеров с целью внедрения научно обоснованных технологий в работу медицинской организации [577, 691].

В настоящее время получила широкое развитие концепция внедрения научно обоснованных методов диагностики и лечения в медицинскую деятельность. Активно разрабатываются научные проблемы в области профилактической медицины, решаются научные задачи, связанные со снижением социально значимых неинфекционных заболеваний, повышением средней продолжительности предстоящей жизни, совершенствуется оказание педиатрической помощи и др. Идет отбор научно-исследовательских институтов, способных решать научные задачи в области повышения здоровья населения на

международном уровне. Нормативно проработан вопрос клинической апробации инновационных медицинских технологий [604, 625, 628, 678]. В настоящее время интенсивность реформирования здравоохранения позволила сформировать условия внешней среды, которые способствуют развитию медицинских организаций в нашей стране. Среди таких факторов необходимо выделить: строительство новых специализированных Федеральных центров; внедрение модели «Бережливая медицина», которая позволяет оптимизировать потоки пациентов в амбулаторно-поликлиническом звене; строительство новых современных медицинских организаций и реконструкция старых медицинских организаций; закупку дорогостоящего медицинского оборудования; повысилась оплата труда медицинских работников; проводятся структурные изменения работы медицинских организаций, активно внедряются стационар замещающие технологии; заложены основы стратегического планирования деятельности медицинских организаций; совершенствуется кадровая политика медицинских организаций, за счет внедрения программ непрерывного медицинского образования, нормирования труда, развитие стимулирующей системы оплаты труда; совершенствуется финансовое обеспечение медицинских организаций за счет перехода на одноканальное финансирование, расширение программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, включением скорой и неотложной медицинской помощи в программу ОМС, расширением перечня высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет ОМС.

Таким образом, реформирование здравоохранения способствует устойчивому развитию медицинской организации за счет ресурсобеспечения организационных изменений, способных повысить показатели общественного здоровья в нашей стране.

ГЛАВА 4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА

4.1 Анализ устойчивости развития современных медицинских организаций

Настоящее исследование посвящено факторам, оказывающим воздействие на устойчивое развитие медицинских организаций. В частности в текущей главе выявляются различные организационные подходы, влияющие на устойчивость работы медицинской организации.

Современная медицинская организация – это сложная саморазвивающаяся система, которая может с определенной степенью гибкости реагировать на изменения внешней среды, адекватно корректировать свою стратегию, цели, формальные структуры, организационную культуру и поведение персонала. Стабильно развивающиеся медицинские организации могут еще и поддерживать реформу здравоохранения.

В экспертном исследовании мы попросили руководителей указать факторы, которые, по их мнению, должны повышать устойчивость развития медицинской организации. В анализе учувствовало 286 устойчиво развивающихся медицинских организаций, руководители которых опираются в своей работе на известные им инструменты повышения эффективности работы медицинской организации.

Параллельно было проведено социологическое исследование 625 медицинских организаций различной формы собственности, которое определило наличие либо отсутствие исследуемых факторов в организациях, демонстрирующих устойчивый рост. Что позволило выделить, согласно правилу

Парето, группу управленческих тактик, которые наиболее способствуют устойчивому развитию медицинской организации.

В основу исследования положено понятие «стратегия организации» как логически оформленный план или метод достижения цели развития организации на долгосрочную перспективу. Именно стратегия организации определяет порядок и приоритет бизнес-процессов, заложенных в основе политики развития медицинской организации.

На основе анализа научных исследований в главе I было показано, что, с одной стороны, стратегия развития может быть реализована в стабильно работающей медицинской организации, с другой стороны, наличие стратегии развития МО задает условия для ее эффективной работы. Политика организации, формирующая долгосрочные приоритеты, является одним из основных показателей, определяющих устойчивое развитие медицинской организации наравне со стратегией. Несмотря на то, что эксперты определили более низкий балл фактору «стратегия организации» (7,95 баллов) по сравнению с фактором «политика организации» (8,31 балла), эти показатели являются сопряженными (рисунок 4.1).

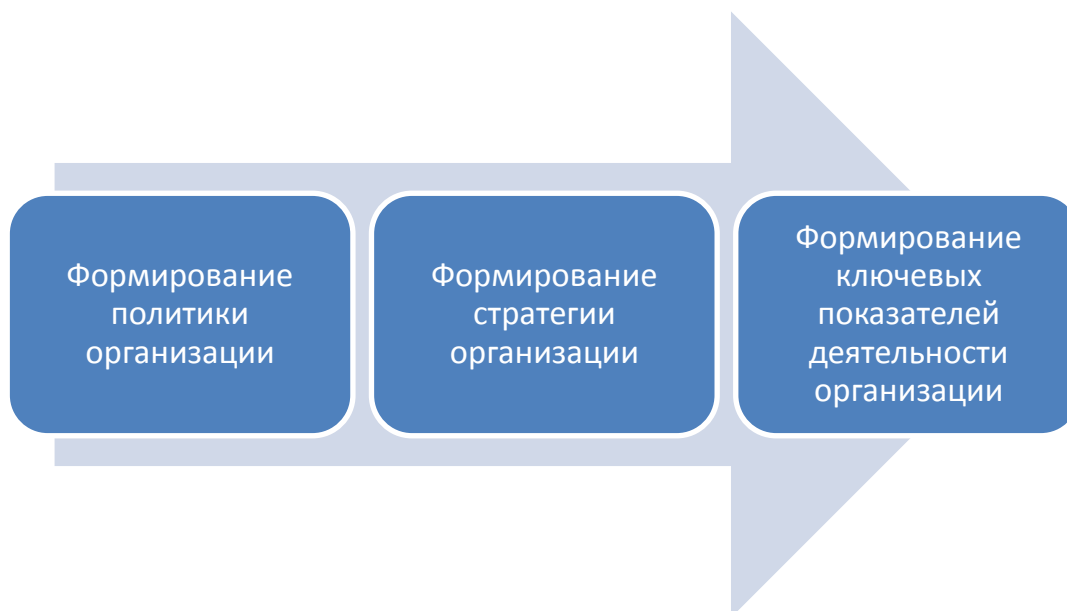


Рисунок 4.1 – Направления деятельности по достижению долгосрочных целей медицинской организации

Устойчивость медицинской организации, с одной стороны, зависит не только от выбранного направления развития, сформулированного в политике

организации, но и от четкости поставленной стратегической цели, задач и достоверности определения ключевых показателей деятельности организации. С другой стороны, невозможно определить цель, задачи и ключевые показатели без определения направления развития организации.

На первоначальном этапе необходимо определить политику медицинской организации. Согласно данным социологического исследования, опрошенные руководители МО указали на присутствие достаточно высокого потенциала данного фактора, средняя оценка которого составляет $6,98 \pm 1,61$ балла (таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Результаты социологического исследования фактора «Политика, направленная на устойчивое развитие»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	6,98 \pm 1,61
Устойчивые медицинские организации	8,32 \pm 1,65
Не устойчивые медицинские организации	5,84 \pm 1,73
Государственные медицинские организации	7,42 \pm 2,00
Частные медицинские организации	5,85 \pm 1,90
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	8,87 \pm 1,38
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	8,90 \pm 1,00

При этом у устойчиво развивающихся медицинских организаций потенциал выше на 24,8%, чем у МО, не демонстрирующих устойчивый рост. Кроме того, реализация потенциала развития за счет фактора «политика организации» у государственных МО на 15,7% выше, чем у частных медицинских организаций. По реализации эффективной стратегии развития медицинской организации потенциал несколько ниже (на 2,4%), чем при формировании политики. Это связано с тем, что определение ключевых показателей деятельности организации более трудоемкий процесс, раскрывающий механизмы достижения долгосрочных целей. Наиболее активно используют фактор «стратегия организации» медицинские организации, демонстрирующие устойчивость развития ($8,03 \pm 1,85$ балла), внедряющие в свою работу элементы системы менеджмента качества ($8,76 \pm 1,60$ балла) (таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Результаты социологического исследования фактора «Стратегия организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	6,74 \pm 1,62
Устойчивые медицинские организации	8,03 \pm 1,85
Не устойчивые медицинские организации	5,65 \pm 1,86
Государственные медицинские организации	7,13 \pm 2,16
Частные медицинские организации	5,74 \pm 1,99
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	8,76 \pm 1,60
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	8,48 \pm 1,43

Среднюю активность по этому виду деятельности проводят частные медицинские организации (5,74 \pm 1,99 балла) и организации, не ориентированные на устойчивость (5,65 \pm 1,86 баллов). Общая оценка этого фактора по исследуемым организациям составляет (6,74 \pm 1,62 балла). Устойчивые МО используют данный фактор на 23,8% чаще, чем другие медицинские организации. В государственном секторе здравоохранения потенциал фактора «стратегия организации» более выражен (на 13,9%) относительно частного сектора, так как формирование «дорожной карты» позволило многим государственным медицинским организациям определить цель, задачи и ключевые индикаторы развития.

Следующим шагом после формирования политики и стратегии организации, является определение ключевых показателей деятельности не только медицинской организации в целом, но и отдельных бизнес-процессов. Ключевые показатели деятельности являются необходимым индикатором, позволяющим руководителям и сотрудникам медицинской организации своевременно определять эффективность деятельности.

В настоящее время в государственных медицинских организациях ведется активная работа по формированию ключевых показателей деятельности как персонала, так и всей медицинской организации в целом, но пока опыта долгосрочного эффекта от проделанной работы накоплено мало, что и получило отражение в оценке экспертов (7,72 балла). Анализ эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей деятельности

осуществляется у 84,48% медицинских организаций (таблица 4.3). В большей степени за счет выполнения дорожной карты государственными МО, которые выполняют этот анализ в 1,9 раза чаще, чем частные медицинские организации.

Достоверно выявлено, что устойчивые медицинские организации в 1,4 раза чаще осуществляют анализ эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей деятельности. Оценка эффективности и результативности принятия решения применяется в организациях 44,5% опрошенных респондентов, что составляет 84,87% среди организаций, имеющих стратегию развития, и 71,68% устойчиво развивающихся медицинских организаций.

Таблица 4.3 – Результаты социологического исследования фактора «осуществление анализа эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей медицинской организации (дорожной карты)»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	84,48
Устойчивые медицинские организации	99,65
Не устойчивые медицинские организации	71,68
Государственные медицинские организации	97,55
Частные медицинские организации	51,14
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	100,00
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	94,46

Следует заметить, что, несмотря на значительные государственные меры по формированию «дорожных карт», в медицинских организациях еще нет достаточного опыта в синхронизации направлений деятельности, которые, с одной стороны, формируют политику и стратегию организации, а, с другой стороны, – определяют ключевые показатели деятельности, как организации в целом, так и отдельных процессов. Определенного успеха в этом направлении достигли организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества стандарта, и организации, реализующие стратегию развития, их потенциал выше среднего показателя на 23,6% и 19,8% соответственно.

Внедряют эффективную стратегию развития как устойчивые (72,38%), так и не демонстрирующие устойчивый рост (62,54%), организации

государственного (71,94%) и частного сектора здравоохранения (54,55%) (таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Результаты социологического исследования фактора «внедрение эффективной стратегии развития организации»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	67,04
Устойчивые медицинские организации	72,38
Не устойчивые медицинские организации	62,54
Государственные медицинские организации	71,94
Частные медицинские организации	54,55
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	81,30
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	100,00

Существенных различий между этими группами мало, что свидетельствует о том, что 2/3 исследуемых медицинских организаций заинтересованно в своем развитии. Но одни МО используют совокупность факторов устойчивости и достигают определенного уровня развития, а другие – делают акцент на развитии какого-то одного параметра и не достигают заявленной цели.

Понимают необходимость планирования деятельности организации в соответствии со стратегией долгосрочного развития 64,96% респондентов (таблица 4.5). Среди устойчиво развивающихся медицинских организаций этот фактор составляет 71,68%, что в 1,2 раза больше, чем в медицинских организациях низкой интенсивности развития.

При этом понимание необходимости проведения данного рода мероприятий среди государственных МО выше, чем среди частных медицинских организаций.

Данные показатели говорят, что на современном этапе развития здравоохранения медицинские организации видят целесообразность разработки стратегии и политики для устойчивого развития организации.

Поскольку ключевые показатели деятельности отражают эффективность работы медицинской организации, их целесообразно осуществлять в рамках менеджмента, направленного на достижение устойчивого успеха организации.

Таблица 4.5 – Результаты социологического исследования фактора «планирование процессов в соответствии со стратегией организации»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	64,96
Устойчивые медицинские организации	71,68
Не устойчивые медицинские организации	59,29
Государственные медицинские организации	70,60
Частные медицинские организации	50,57
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	81,30
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	99,63

Соответствующий анализ показателей может выявить риски снижения эффективности и скорректировать работу персонала для достижения долгосрочных целей. Поэтому большинство экспертов определило высокую значимость фактора «менеджмент устойчивого успеха», средняя его оценка составила 8,36 балла. Значительное влияние имеет данный фактор на развитие исследуемых медицинских организаций. Так, в устойчиво развивающихся МО, потенциал реализации менеджмента устойчивого успеха на 33,7% выше, чем в организациях, не демонстрирующих устойчивость развития, а в государственных МО на 19,1% выше, чем частных медицинских организациях.

Средний показатель фактора «менеджмент устойчивого успеха организации» сопоставим со средними показателями факторов «политика организации» и «стратегия организации» и составляет $6,54 \pm 1,89$ балла (таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Результаты социологического исследования фактора «менеджмент устойчивого успеха»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	6,54 \pm 1,89
Устойчивые медицинские организации	8,37 \pm 1,67
Не устойчивые медицинские организации	5,00 \pm 2,14
Государственные медицинские организации	7,08 \pm 2,45
Частные медицинские организации	5,17 \pm 2,33
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	8,90 \pm 1,36
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	8,49 \pm 1,57

Высокая реализация потенциала данного фактора в устойчиво развивающихся медицинских организациях ($8,37 \pm 1,67$ балла), и в МО, внедряющих систему менеджмента качества ($8,90 \pm 1,36$ балла). У государственного сектора здравоохранения потенциал выше ($7,08 \pm 2,45$ балла), чем у частного ($5,17 \pm 2,33$ баллов).

Профессиональная команда управленцев является значительным фактором устойчивости любого предприятия, особенно, по мнению экспертов, этот фактор становится значительным для развития медицинской организации ($9,07$ балла) в период приоритета государственных мер по развитию системы здравоохранения.

Подбором профессиональной команды управленцев озабочены как устойчивые, так и неустойчивые медицинские организации, особенно этой проблемой озадачены государственные МО, которые на 28,81% чаще указывают на зависимость устойчивого развития организации и подбора квалифицированных управленческих кадров (таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Результаты социологического исследования фактора «работа профессиональной команды управленцев»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	88,32
Устойчивые медицинские организации	100,00
Не устойчивые медицинские организации	78,47
Государственные медицинские организации	96,66
Частные медицинские организации	67,05
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	100,00
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	97,42

Несмотря на отсутствие достаточного опыта практического внедрения стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 в здравоохранении, отдельные его элементы гармонично интегрируются с положениями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и фактически являются продолжением модели системы менеджмента качества, которая основывается на восьми принципах TQM (Total Quality Management – Всеобщего управления качеством). Отличие этих двух моделей заключается в том, что в случае стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 требуется так

скоординировать деятельность по управлению организацией, чтобы достичь целей в области качества оказания медицинских услуг. А в случае стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 руководителям организации требуется таким образом расширить область применения принципов TQM с основных на вспомогательные процессы, чтобы достичь долгосрочных целей медицинской организации в сложной, предъявляющей требования и постоянно меняющейся среде.

Стандарт серии ГОСТ Р ИСО 9004-2009 в нашей стране применяется в основном рядом промышленных предприятий, Пенсионным фондом России, научно-производственными предприятиями, строительными и другими организациями. В здравоохранении нет достаточного опыта практического внедрения такого стандарта. Тем более что его использование носит рекомендательный характер и стандартизации не подлежит. Поэтому оценки экспертов полярные и средний балл составляет 6,4.

Среди исследуемых медицинских организаций, только в одной осуществляется работа по стандарту ГОСТ Р ИСО 9004-2009 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации», однако 33,44% организаций указали, что они частично используют положения данного стандарта. В первую очередь это касается МО, внедряющих в свою работу систему менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Степень внедрения положений стандарта небольшая 1-4 балла, однако это дает основание полагать, что данные медицинские организации готовы применять методы и организационные механизмы, повышающие потенциал их устойчивости развития.

В настоящем исследовании определенный интерес представляют формы внешней интеграции, которые могут способствовать повышению потенциала устойчивости развития организации. Наибольший потенциал устойчивости добавляет медицинской организации сотрудничество с органами регионального здравоохранения (8,3 балла), с Фондом обязательного медицинского страхования (8,06 балла), со страховыми медицинскими организациями (7,98 балла), с высшим учебным заведением (8,0 балла), с медицинскими колледжами (7,71 балла) и другими медицинскими организациями (7,69 баллов).

Меньший эффект, по мнению экспертов, окажет интеграция с поставщиками (7,56 балла), государственными организациями (7,19 балла), государственно-частное партнерство (6,75 балла), научно-исследовательскими институтами (6,73 балла).

Совсем малое влияние на устойчивое развитие медицинской организации оказывают общественные организации (5,99 балла) и частные фирмы (5,8 балла).

Следует заметить, что эксперты оценили выше среднего балла влияние всех указанных направлений интеграции, что позволяет сделать вывод о степени важности сотрудничества медицинской организации с другими организациями для обеспечения устойчивости своего развития (рисунок 4.2).

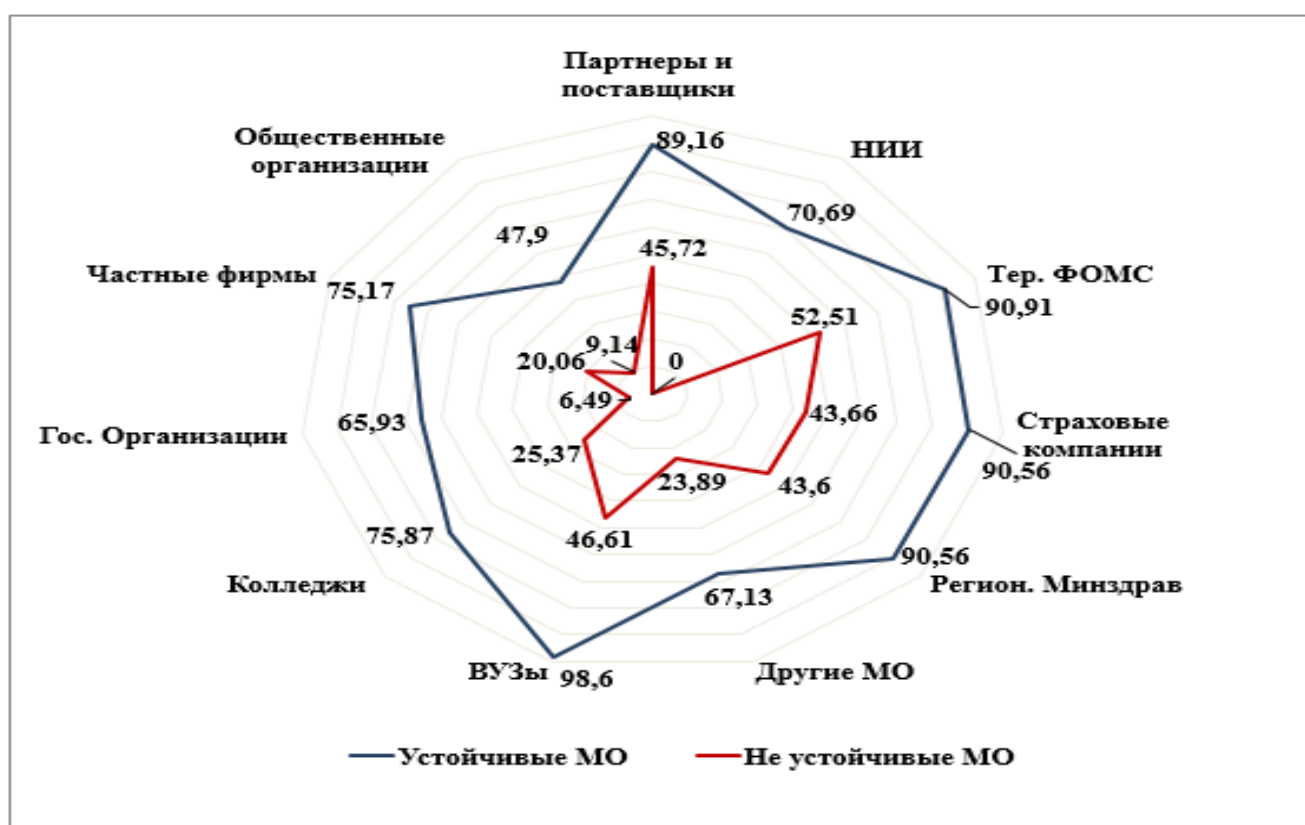


Рисунок 4.2 – Диаграмма результатов социологического исследования факторов внешней интеграции медицинской организации

Удовлетворенность пациентов оказанием медицинских услуг зависит не только от работы медицинского персонала, но и от материально-технического, лекарственного обеспечения, качества изделий медицинского назначения. Поэтому важно содействовать сотрудничеству с поставщиками продукции и

услуг для повышения эффективности работы медицинской организации, экспертная оценка данного фактора составляет 7,56 балла.

Осуществляют эффективное сотрудничество между медицинской организацией и ее поставщиками продукции и услуг 65,60% исследуемых МО. Наибольшую активность в этом вопросе проявляют устойчиво развивающиеся медицинские организации, которое в 1,92 раза чаще уделяют внимание данному вопросу по сравнению с МО, не демонстрирующими развития за исследуемый период.

Оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования является основным источником поступления финансовых средств для государственных медицинских организаций. Сотрудничество с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования способствует оптимальному экономическому обеспечению всех процессов. Оценка экспертов фактора «сотрудничество с ТФОМС» составила 8,06 баллов.

Понимают необходимость интеграции с территориальным фондом обязательного медицинского страхования 70,08% медицинских организаций, в основном за счет государственных МО (93,99%), внедряющих СМК (95,12%) и устойчиво развивающихся МО (90,91%). УРМО в 1,73 раза чаще сотрудничают с ТФОМС для повышения эффективности своей работы, чем другие организации.

В здравоохранении страховые компании играют важную роль не только в системе ОМС, как контролирующая организация, но и развивают рынок услуг, оказываемых в сфере добровольного медицинского страхования. Значение фактора интеграции со страховыми компаниями оценено экспертами в 7,98 балла.

Перспективы сотрудничества со страховыми организациями видят 82,41% государственных МО и 95,45% устойчиво развивающихся медицинских организаций. В совокупности, такой формы интеграции придерживаются 64,6% респондентов.

Модернизация, проводимая в последние годы в системе здравоохранения, требует тесной интеграции медицинской организации с региональными органами власти, что отразилось в высокой оценке экспертов – 8,3 балла.

Сотрудничество с региональными органами власти наиболее активно осуществляют устойчивые медицинские организации (90,56%), государственного сектора (85,3%) и организации, внедряющие в свою работу элементы системы менеджмента качества (93,5%). При этом УРМО в 2 раза чаще идут на сотрудничество с территориальными органами управления здравоохранением, чем их коллеги из других организаций.

Оказание комплексной медицинской услуги, от лечения до реабилитации, повышает удовлетворенность пациентов. В этой связи интеграция между медицинскими организациями может проходить как в рамках преемственности оказания медицинской помощи, так и расширения спектра оказываемых медицинских услуг. Экспертная оценка фактора «интеграция с другими медицинскими организациями» составила 7,69 балла.

В основе интеграции между медицинскими организациями различного уровня лежат те разделы порядков оказания медицинской помощи, которые содержат в себе маршрутизацию пациентов для обеспечения максимально возможного результата лечения.

Вопросы совместного сотрудничества с другими медицинскими организациями в основном интересуют государственный сектор здравоохранения (57,68%) в силу преемственности оказания медицинской помощи, что в 7,25 раза чаще, чем у частных медицинских организациях.

Кадровая диспропорция системы здравоохранения привела к разрыву между потребностями медицинской организации, качеством, и количеством подготовки медицинского персонала, что дестабилизирует основные лечебно-диагностические процессы МО. Поэтому интеграция со средними специальными учебными заведениями необходима для повышения эффективности кадровой работы в организации. По вопросу необходимости интеграции с вузом составляет

8,00 баллов, а интеграция со средним специальным учебным заведением – 7,71 балла.

По мнению руководителей, участвовавших в социологическом исследовании, заинтересованность в сотрудничестве со средними специальными учебными заведениями у медицинских организаций ниже, чем с вузами, что составляет соответственно 48,5% и 70,4%. Обращает на себя внимание тот факт, что частные медицинские организации не видят целесообразности сотрудничать с медицинскими колледжами (0,57%), в силу конкуренции на рынке труда и возможности выбрать компетентных сотрудников, уже имеющих профессиональный опыт работы.

Вузы сотрудничают с медицинскими организациями не только по вопросам подготовки кадров, но и организацией совместных конференций, ярмарок вакансий и других мероприятий.

Взаимовыгодное сотрудничество с высшими учебными заведениями по вопросам подготовки кадров осуществляется в основном государственными МО (7,73 балла), внедряющих элементы системы менеджмента качества (8,55 балла), имеющих стратегию развития (7,38 балла) и устойчиво развивающиеся медицинские организации (8,0 баллов).

В настоящем исследовании решение вопросов устойчивого развития медицинской организации предполагается изучать с позиции интеграции медицинской организации в учебно-научно-медицинский комплекс. Который оказывает непосредственное влияние на такие показатели устойчивого развития, как обучение персонала, обмен информацией, знаниями и технологиями, внедрение улучшений и взаимовыгодное сотрудничество заинтересованных сторон.

В современных условиях развития здравоохранения необходимо создавать соответствующие институциональные условия, для того чтобы передать знания из вузовской и научной среды в практическое здравоохранение. Чтобы медицинские организации могли использовать их разработки, идеи и технологии.

Важным аспектом качества медицинской помощи являются услуги, основанные на принципах доказательной медицины и научно обоснованных лечебно-диагностических методах. В этой связи медицинская организация, сотрудничая с научно-исследовательскими институтами, закладывает основу оказания медицинских услуг высокого качества и способствует устойчивому развитию МО (6,73 балла).

Сотрудничество с научно-исследовательскими организациями представляет интерес только для устойчивых медицинских организаций, 70,63% которых продемонстрировали такой вид интеграции.

Государственные МО в 5,7 раза чаще сотрудничают с научно-исследовательскими институтами, чем частные, особенно этот вид сотрудничества интересует организации, уделяющие значительное внимание построению системы качества оказания медицинской помощи (82, 11%).

Здравоохранение является одним из составляющих элементов рынка социальных услуг населению, участниками которого являются государственные организации, поэтому взаимовыгодное сотрудничество с государственными организациями влияет на устойчивое развитие организации оказывает, по мнению экспертов, непосредственное влияние на работу медицинской организации (7,19 баллов).

Перед 33,60% медицинскими организациями лежит ряд вопросов, касающихся правопорядка, социальной сферы, работы с призывниками в российскую армию и др., которые требуют сотрудничества с государственными организациями. По данным нашего исследования УРМО в 10,12 раз чаще сотрудничают с государственными организациями, чем организации, не демонстрирующие свою устойчивость, и в 4,5 раза чаще обращают внимание на этот вид взаимодействия государственных МО, по сравнению с частными.

В настоящем исследовании большинство респондентов являются представителями государственных медицинских организаций, которые имеют малый опыт сотрудничества с частными фирмами. Тем не менее, в последние годы МО все чаще сотрудничают с клининговыми компаниями, прачечными и

охранными предприятиями, передавая на аутсорсинг непрофильные виды деятельности, что позволяет сосредоточить усилия медицинских организаций на основных лечебно-диагностических процессах и повысить их эффективность и результативность. Оценка экспертов фактора «интеграция с частными фирмами» составила 5,8 балла. Устойчиво развивающиеся медицинские организации используют эту форму сотрудничества в 3,74 раза чаще, чем организации, не демонстрирующие интенсивное развитие.

Несмотря на то, что в «Программе развития здравоохранения Российской Федерации» (2012, 2014, 2017 гг.) среди прочих направлений развития Национальной системы здравоохранения России, указано развитие государственно-частного партнерства, данная форма мало распространена среди исследуемых медицинских организаций, в силу того, что для такой интеграции необходима не только поддержка государства, но и собственные резервы инвестиционной поддержки.

Поэтому на современном этапе развития здравоохранения данная форма сотрудничества не получила широкого распространения и несмотря на высокий балл экспертной оценки (6,75 баллов), такая форма, как государственно-частное партнерство встречается в настоящем исследовании только в одной медицинской организации, поэтому его влияние рассмотрено не будет.

Общественные организации, профессиональные ассоциации и союзы оказывают все большее влияние на интегративные процессы внутри профессионального медицинского сообщества, такая форма сотрудничества оценена экспертами в 5,99 баллов.

Отмечается низкая взаимосвязь медицинских организаций с общественными организациями (26,88%), такими как профессиональные организации. Заметно выше этот показатель у устойчиво развивающихся медицинских организаций, он в 5,24 раза выше чем у организаций, не демонстрирующих рост. И в 12,8 раз выше у государственных по сравнению с частным сектором. Важно заметить, что показатели качества зависят от использования стандартов оказания медицинской помощи, которые активно

обсуждаются в профессиональных ассоциациях. Поэтому внешняя интеграция такого типа должна способствовать эффективности работы медицинской организации.

Большинство экспертов поддерживают политику государства и считают эффективное управление ресурсами ключевым фактором устойчивости развития медицинских организаций. Необходимо отметить, что низкую оценку этому фактору присвоили в основном заместители главных врачей по медицинской части. Возможно, курс на экономное расходование ресурсов в медицинской организации снижает эффективность лечебно-диагностической работы. В этом случае важно соблюсти баланс между медицинскими и экономическими показателями эффективности работы организации.

Получили высокий балл экспертов и достаточно распространены в большинстве медицинских организаций, как государственной, так и частной сферы, следующие показатели: управление ресурсами организации (8,04 балла), при этом управлению финансовыми ресурсами уделяется больше внимания (8,2 балла), чем вопросам кадровой политики (7,76 балла).

Эффективность управления ресурсами в устойчиво развивающихся медицинских организациях выше ($9,16 \pm 0,96$ балла), чем у организаций неориентированных на развитие ($7,11 \pm 1,81$ балла) (таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Результаты социологического исследования фактора «эффективное управление ресурсами медицинской организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	8,05 \pm 1,36
Устойчивые медицинские организации	9,16 \pm 0,96
Не устойчивые медицинские организации	7,11 \pm 1,81
Государственные медицинские организации	8,31 \pm 1,69
Частные медицинские организации	7,39 \pm 1,92
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	9,42 \pm 0,78
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	9,18 \pm 1,03

Самый высокий потенциал эффективности управления ресурсами у организаций, внедряющих систему менеджмента качества ($9,42 \pm 0,78$ балла) и у организаций, формирующих стратегию своего развития ($9,18 \pm 1,03$ балла).

В целом исследуемые медицинские организации демонстрируют внимание к ресурсному обеспечению медицинской деятельности ($8,05 \pm 1,36$ балла), что показывает важность данного фактора для обеспечения жизнедеятельности организации.

Общая тенденция оценки пациентами работы врача, а не работу медицинской организации в целом, во многом влияет на показатель удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи. В этих условиях с большей степенью вероятности, по мнению экспертов, повысить уровень устойчивости возможно за счет подбора квалифицированного персонала для работы в медицинской организации ($9,31$ балла).

Дефицит кадрового обеспечения системы здравоохранения наносит значительный урон эффективности деятельности медицинских организаций различного уровня, поэтому эксперты присвоили фактору «эффективная кадровая политика» одну из наивысших оценок степени важности ($8,92$ балла) влияния на устойчивость развития организации. На реализацию эффективной кадровой политики ориентированы устойчиво развивающиеся медицинские организации ($9,12 \pm 1,28$ балла), внедряющие систему менеджмента качества ($9,4 \pm 1,10$ балла), внедряющие стратегию развития ($9,04 \pm 1,32$ балла), и государственные медицинские организации ($8,08 \pm 2,02$ балла) (таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Результаты социологического исследования фактора «эффективная кадровая политика»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	$7,77 \pm 1,65$
Устойчивые медицинские организации	$9,12 \pm 1,28$
Не устойчивые медицинские организации	$6,64 \pm 2,01$
Государственные медицинские организации	$8,08 \pm 2,02$
Частные медицинские организации	$6,98 \pm 2,14$
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	$9,40 \pm 1,10$
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	$9,04 \pm 1,32$

В целом заинтересованы в проведении эффективной кадровой политики все исследуемые медицинские организации ($7,77 \pm 1,65$ балла). Данные социологического опроса показали, что подбором квалифицированного

персонала озадачены 97,2% руководителей устойчивого развивающихся медицинских организаций, что в 1,37 раза выше, чем у других организаций (таблица 4.10).

Среди инструментов кадровой политики, активно используемых в современных медицинских организациях, выделяют: улучшение оснащенности рабочих мест – 70,63%; согласованность действий между сотрудниками различных подразделений внутри медицинской организации – 68,18%; создание благоприятного психологического климата в коллективе – 67,13%; создание кадрового резерва сотрудников медицинской организации – 66,08%; внедрение в работу медицинской организации эффективной системы оплаты труда – 64,34%.

Таблица 4.10 – Результаты социологического исследования фактора «квалифицированный персонал»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	81,60
Устойчивые медицинские организации	97,20
Не устойчивые медицинские организации	68,44
Государственные медицинские организации	86,19
Частные медицинские организации	69,89
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	99,19
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	95,20

Менее популярны в работе МО такие подходы в кадровой политике как: индивидуальный план непрерывного образования каждого сотрудника организации – 43,01%; планирование карьерного роста сотрудников – 42,66%; внедрение в работу медицинской организации системы нематериального поощрения сотрудников – 42,66%; внедрение программы сбора предложений сотрудников по улучшению работы организации – 41,61%; согласованность действий между медицинской организацией и ее партнерами – 39,16%; для каждого сотрудника медицинской организации устанавливать индивидуальные производственные планы, решающие задачи подразделения – 37,06%.

Анализируя факторы ресурсного (в т. ч. финансового) обеспечения МО, можно с уверенностью сказать, что в современных условиях социально-

экономических преобразований эффективное распределение ресурсов важно не только для государственных, но и для частных медицинских организаций. Однако при высоких показателях потенциала данных факторов нет оснований считать, что эффективная система управления ресурсами значительно влияет на устойчивость развития организаций. Тем не менее, исследование показало, что внедрение в работу медицинской организации организационных инноваций (стратегию развития организации, систему менеджмента качества, политику устойчивого развития МО и др.) существенно упорядочивает потребление ресурсов и повышает эффективность системы управления данного аспекта.

Управление финансовыми ресурсами важный фактор для развития организации, эффективность системы управления финансами наиболее высока в организациях, внедряющих систему менеджмента качества ($9,44 \pm 0,77$ балла), внедряющих стратегию развития ($9,23 \pm 0,96$ балла), в устойчиво развивающихся МО эффективность в 1,25 раза выше, чем в противоположной группе, и в государственных на 10% выше, чем в частных медицинских организациях (таблица 4.11).

Таблица 4.11 – Результаты социологического исследования фактора «эффективная система управления финансовыми ресурсами»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	8,20 \pm 1,31
Устойчивые медицинские организации	9,20 \pm 0,91
Не устойчивые медицинские организации	7,37 \pm 1,79
Государственные медицинские организации	8,43 \pm 1,65
Частные медицинские организации	7,61 \pm 1,75
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	9,44 \pm 0,77
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	9,23 \pm 0,96

Программы модернизации здравоохранения последнего десятилетия значительно повысили уровень материально-технической оснащенности государственных медицинских организаций. Это повысило их устойчивость относительно базового уровня, что позволило экспертам оценить влияние данного фактора на 9,14 балла. Материально-техническая оснащенность является

приоритетным фактором развития организации для большинства исследуемых организаций (89,12%) (таблица 4.12).

Внимание этому вопросу уделяют все устойчиво развивающиеся медицинские организации и МО, внедряющие СМК. Обращает на себя внимание тот факт, что неустойчивые МО меньше обращают внимание на данный фактор на 20,06%. Возможно, такое расхождение зависит от понимания важности учета и анализа материально-технических ресурсов организации и умения руководства распределить их для достижения устойчивого развития. Ежедневное повышение эффективности и результативности процессов является залогом успеха работы всей медицинской организации и способствует достижению ее долгосрочных целей, что и было отражено в оценке экспертов (8,71 балла).

Таблица 4.12 – Результаты социологического исследования фактора «материально-техническая оснащенность организации»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	89,12
Устойчивые медицинские организации	100,00
Не устойчивые медицинские организации	79,94
Государственные медицинские организации	90,65
Частные медицинские организации	85,23
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	100,00
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	95,57

Достоверно выявлено, что устойчиво развивающиеся медицинские организации занимаются систематическим повышением эффективности и результативности всех процессов организации на 35,03% чаще, чем другие МО. Подобная задача стоит перед всеми медицинскими организациями, внедряющие элементы системы менеджмента качества, и перед 2/3 МО, реализующими долгосрочную стратегию развития организации (таблица 4.13).

Управление лечебно-диагностическим процессом носит базовый характер для устойчивого развития медицинской организации и средний балл экспертной оценки данного фактора достаточно высок (8,64 балла). Кроме того, эффективное управление лечебно-диагностическими процессами является одним из ключевых

факторов успеха работы всей медицинской организации. Наибольший потенциал реализации данного фактора в МО, внедряющих систему менеджмента качества ($9,26 \pm 1,00$ балла), определяющих стратегию развития ($8,73 \pm 1,48$ балла), устойчиво развивающихся ($8,66$ балла) и государственных МО ($8,09 \pm 1,63$ балла) (таблица 4.14).

Таблица 4.13 – Результаты социологического исследования фактора «систематическое повышение эффективности и результативности всех процессов организации, способствующих достижению долгосрочных целей»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	54,08
Устойчивые медицинские организации	73,08
Не устойчивые медицинские организации	38,05
Государственные медицинские организации	59,69
Частные медицинские организации	39,77
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	100,00
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	69,74

Таблица 4.14 – Результаты социологического исследования фактора «эффективное управление лечебно-диагностическими процессами в медицинской организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	$7,92 \pm 1,58$
Устойчивые медицинские организации	$8,66 \pm 1,37$
Не устойчивые медицинские организации	$7,29 \pm 1,90$
Государственные медицинские организации	$8,09 \pm 1,63$
Частные медицинские организации	$7,47 \pm 2,08$
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	$9,26 \pm 1,00$
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	$8,73 \pm 1,48$

Средний показатель работы всех исследуемых организаций выше среднего и составляет $7,92 \pm 1,58$ балла. Конкурентоспособность медицинских организаций во многом определяется благодаря комплексу лечебно-диагностических услуг, оказываемых населению, поэтому эксперты оценили его влияние в $8,79$ балла.

Абсолютное большинство устойчиво развивающихся медицинских организаций ($99,65\%$), государственных медицинских организаций ($83,30\%$),

внедряющих систему менеджмента качества (99,19%), и стратегию развития (88,93%) считают целесообразным оказывать полный комплекс лечебно-диагностических услуг на базе своей МО, что позволяет осуществлять контроль за качеством и доступностью медицинской помощи пациентов (таблица 4.15).

Таблица 4.15 – Результаты социологического исследования фактора «комплекс лечебно-диагностических услуг, оказываемых медицинской организацией»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	77,60
Устойчивые медицинские организации	99,65
Не устойчивые медицинские организации	59,00
Государственные медицинские организации	83,30
Частные медицинские организации	63,07
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	99,19
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	88,93

Управление вспомогательными процессами оценивается экспертами 7,9 балла, что немного ниже оценки основных лечебных процессов. Хотя современную медицинскую организацию сложно представить без экономической службы, маркетингового отдела, регистратуры и других вспомогательных подразделений. С их работой тесно связаны такие важные показатели, как удовлетворенность пациентов, оказываемой медицинской помощью, удовлетворенность работой персонала медицинской организации и др.

Более интенсивно используется фактор управления вспомогательными процессами в организациях, внедряющих СМК ($8,51 \pm 1,53$ балла) (таблица 4.16). И, несмотря на то, что значение данного фактора между устойчивыми ($7,94 \pm 1,63$) и неустойчивыми ($6,68 \pm 2,08$), государственными ($7,48 \pm 1,83$) и частными ($7,02 \pm 2,24$) различается слабо, тем не менее, высокий балл, который присвоили руководители всех исследуемых организаций, говорит о том, что вспомогательным процессам требуется уделять значительное внимание при управлении устойчиво развивающейся медицинской организацией, так же как и систематическому повышению эффективности и результативности всех процессов организации,

способствующих достижению долгосрочных целей, который составляет 8,71 баллов по результатам экспертной оценки.

Таблица 4.16 – Результаты социологического исследования фактора «эффективное управление вспомогательными процессами в медицинской организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	7,35 \pm 1,83
Устойчивые медицинские организации	7,94 \pm 1,63
Не устойчивые медицинские организации	6,86 \pm 2,08
Государственные медицинские организации	7,48 \pm 1,83
Частные медицинские организации	7,02 \pm 2,24
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	8,51 \pm 1,53
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	8,15 \pm 1,65

В настоящее время развитие медицинской организации определяется не столько самой медицинской услугой, сколько грамотным руководством, службой контроля качества, маркетинга и дополнительными услугами (в т. ч. и гостиничными услугами, когда пациент выбирает среди множества медицинских организаций ту, в которой его пребывание будет более комфортабельно), т. е. в развитии здравоохранения так же важны вспомогательные виды деятельности, как и основные.

Качество оказания медицинской помощи населению является одним из основных показателей работы медицинской организации. Тем не менее, достичь высоких результатов достаточно сложно, так как данный показатель интегральный и во многом зависит от компетенции кадрового состава, материально-технической оснащенности МО, загруженности медицинского персонала и многих других аспектов. Поэтому, по оценкам экспертов, влияние фактора «присутствие в медицинской организации эффективной системы управления качеством оказания медицинских услуг» на устойчивость развития организации занимает значение 7,74 балла.

Процессами, повышающими качество оказания медицинских услуг, занимаются 99,2% медицинских организаций на достаточно интенсивном уровне (7,42 \pm 1,27 балла). С одной стороны, существенных различий в достижении

этого параметра у устойчивых ($7,83 \pm 1,16$ балла) и не устойчивых ($7,07 \pm 1,61$ балла), а также государственных ($7,55 \pm 1,44$ балла) и частных ($7,09 \pm 1,51$ балла) медицинских организаций выявлено не было (таблица 4.17).

Таблица 4.17 – Результаты социологического исследования фактора «эффективная система управления качеством оказания медицинских услуг»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	$7,42 \pm 1,27$
Устойчивые медицинские организации	$7,83 \pm 1,16$
Не устойчивые медицинские организации	$7,07 \pm 1,61$
Государственные медицинские организации	$7,55 \pm 1,44$
Частные медицинские организации	$7,09 \pm 1,51$
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	$8,47 \pm 0,58$
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	$7,92 \pm 1,30$

С другой стороны, исследование показало, что элементы системы менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 более выражены у устойчиво развивающихся медицинских организаций ($6,95$ балла) по сравнению с МО, не демонстрирующими устойчивый рост ($3,92$ балла), и в государственном секторе данный фактор встречается чаще на $44,2\%$, чем в частном секторе системы здравоохранения (таблица 4.18).

Таблица 4.18 – Результаты социологического исследования фактора «работа по стандартам национальной системы менеджмента качества ИСО 9001»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	$5,31 \pm 1,00$
Устойчивые медицинские организации	$6,95 \pm 2,03$
Не устойчивые медицинские организации	$3,92 \pm 2,28$
Государственные медицинские организации	$5,81 \pm 2,58$
Частные медицинские организации	$4,03 \pm 2,36$
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	$8,84 \pm 0,90$
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	$6,61 \pm 2,31$

В настоящем исследовании $19,52\%$ медицинских организаций активно используют в своей работе положениями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Это развивающиеся медицинские организации, демонстрирующие свою среднюю устойчивость более пяти лет. Следует заметить, что потенциал использования основных факторов, повышающих эффективность работы организации у них выше

средних показателей: внедрение улучшений в 2,3 раза, внедрение инноваций в пять раз, обучение персонала вопросам устойчивого развития в три раза, интеграция с вузом по вопросам подготовки кадров выше на 48,9%, реализуют потенциал показателя «Менеджмент устойчивого успеха» выше на 36,3%, показателя «Политика организации» – на 27,3%, «Стратегия организации» – на 30,1%. Персонал таких организаций знает долгосрочную стратегию МО, а кадровая политика эффективнее на 21,1%. Потенциал управления ресурсами реализуется на 94,2%, что составляет самый высокий показатель среди исследуемых организаций.

Мнения экспертов по вопросам эффективности внедрения в работу организации стандартов международной системы менеджмента качества серии ГОСТ Р ИСО 9001-2015 разделились. Часть экспертов считают, что внедрение стандартов положительно повлияет на устойчивое развитие организации, а другая часть экспертов поставила низкие оценки. Вероятно, полярность мнений связана со степенью успешности внедрения стандартов в работу медицинских организаций и получением от данного вида деятельности долгосрочного эффекта. Влияние этого фактора составляет 6,31 балл.

Удовлетворенность пациентов является одним из индикаторов эффективности работы медицинской организации, но, по мнению экспертов, существенного влияния на устойчивость развития организации не оказывает (7,53 балла).

Повышение показателя удовлетворенности пациентов достигается как в устойчиво развивающихся организациях ($7,98 \pm 1,86$ балла), так и в МО, не демонстрирующих свое развитие ($7,44 \pm 1,78$ балла) (таблица 4.19).

Удовлетворенность пациентов – это субъективный фактор, на основании которого оценивается работа всей медицинской организации в целом. Поэтому его средний потенциал высок и составляет $7,71 \pm 1,68$ балла, что отражается и на незначительных отличиях показателей между группами исследуемых организаций.

Таблица 4.19 – Результаты социологического исследования фактора «систематическое изучение удовлетворенности пациентов»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	7,71 \pm 1,68
Устойчивые медицинские организации	8,02 \pm 1,98
Не устойчивые медицинские организации	7,44 \pm 1,78
Государственные медицинские организации	7,98 \pm 1,86
Частные медицинские организации	7,02 \pm 1,81
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	9,06 \pm 0,99
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	8,19 \pm 1,65

В настоящее время эффективность использования ресурсов является приоритетной задачей, поставленной перед МО, поэтому систематический мониторинг и анализ результатов деятельности медицинской организации значительно влияет на их оптимальное распределение, что повлияло на оценку экспертов (8,57 балла).

Мониторинг и анализ результатов деятельности медицинской организации характерен в большей степени для устойчивых МО (8,68 \pm 1,31 балла), государственного сектора здравоохранения (8,34 \pm 1,60 балла), медицинских организаций, реализующих стратегию развития (8,36 \pm 2,01 балла). Особенно высокий потенциал использования фактора «мониторинг и анализ деятельности МО» в МО, внедривших СМК (9,18 \pm 1,03 баллов).

Приоритеты методов анализа и мониторинга устойчивости развития медицинской организации были расставлены в следующем порядке. Большинство экспертов определили важность методов: оценки текущих возможностей организации, и ее процессов (67,83%), оценки высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов (66,78%); осуществление анализа эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей медицинской организации («Дорожной карты») (66,08%); оценки эффективности и результативности принятия решения (64,34%); оценки сильных и слабых сторон деятельности медицинской организации (60,49%), и оценки достижения целей организации в соответствии с ее миссией, политикой и стратегией (59,79%).

Меньшая степень важности у таких методов как: анализ законодательных и нормативных требований (48,25%); оценка эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами (43,36 %); и анализ конкурентной среды (42,66%).

Оценка высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов осуществляется в 48,64% исследуемых медицинских организациях, в основном это устойчиво развивающиеся государственные МО. Руководители медицинских организаций, внедряющих, внедряющих систему менеджмента качества считают обязательным проводить такую оценку (100%), с ними согласны почти 2/3 руководителей МО, внедряющих стратегию (72,32%) (рисунок 4.3).

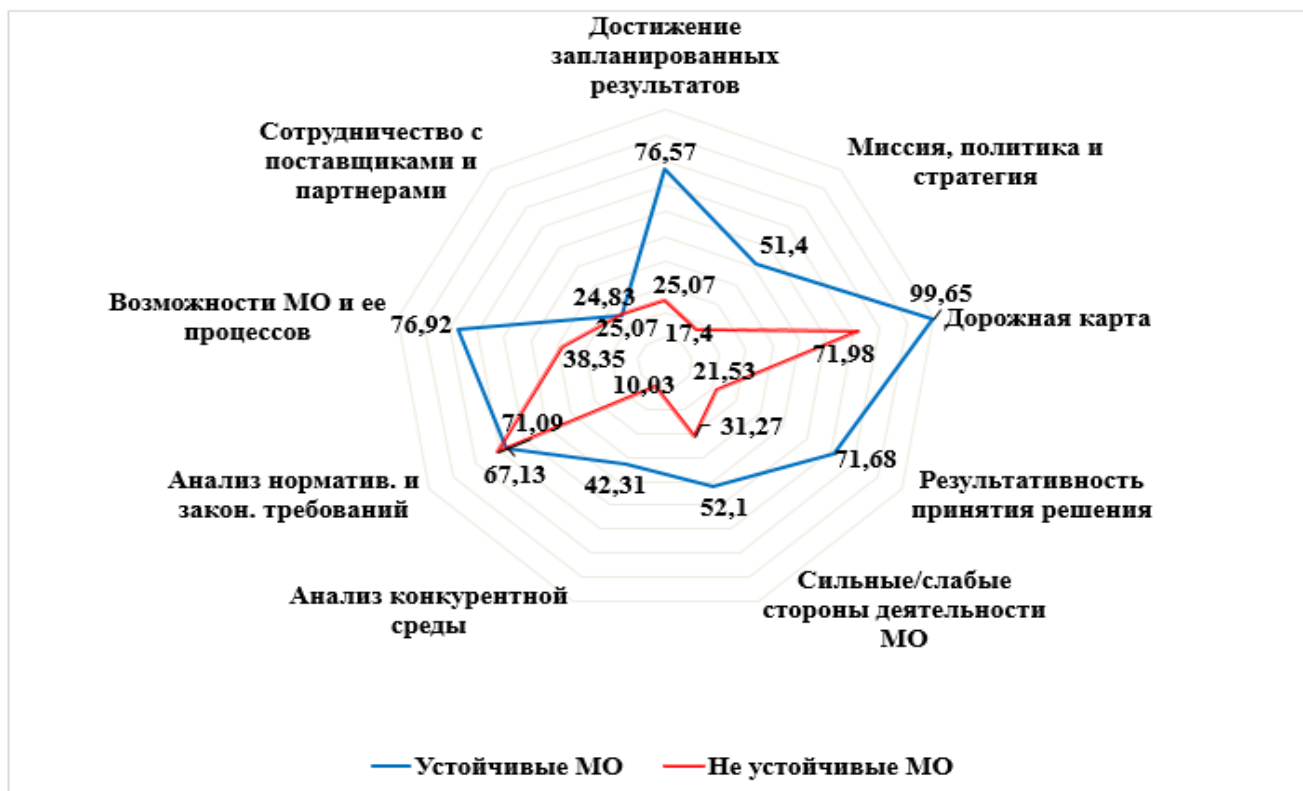


Рисунок 4.3 – Методы мониторинга и анализа эффективности деятельности в медицинской организации

Малое количество респондентов (32,96%) видят целесообразность оценки достижения целей организации в соответствие с ее миссией, политикой и стратегией. Возможно, причиной этого является отсутствие у большинства медицинских организаций четко сформулированного понимания своей миссии, политики и стратегии, а также отсутствие, соответствующих им, ключевых показателей деятельности. Тем не менее, УРМО в 3 раза чаще анализируют свои

цели, чем организации, не демонстрирующие устойчивый рост. Также регулярный анализ целей идет в МО, внедряющих СМК (80,49%), и стратегию развития (73,43%).

В результате социологического исследования установлено, что анализируют свои решения руководители устойчивых МО в 3,3 раза чаще (71,68%), чем их коллеги из других организаций (21,53%). Особенно часто эта система оценки применяется в организациях, реализующих стратегию развития (84,87%) и СМК (78,86%).

Менее важна оценка сильных и слабых сторон деятельности медицинской организации среди устойчивых МО, ее применяют 52,10%, внедряющих элементы СМК – 56,91% и стратегию развития – 52,77%.

Анализ конкурентной среды в 4,21 раза чаще проводится в медицинских организациях, демонстрирующих устойчивое развитие, чем в других, а также имеющих стратегию (42,8%) и внедряющих систему менеджмента качества (51,22%).

Анализу законодательных и нормативных требований уделяют внимание большинство исследуемых организаций. Обращает на себя внимание и тот факт, что неустойчивые МО (71,09%) его проводят даже чаще, чем устойчивые (67,13%). На регулярной основе такой анализ осуществляют МО, внедряющие элементы системы менеджмента качества (97,56%).

Оценка текущих возможностей организации и ее процессов осуществляется в 56,00% МО. В основном это медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (100%) и устойчиво развивающиеся МО (76,92%).

Оценку эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами проводят 24,8% медицинских организаций, в основном частного сектора здравоохранения (53,41%), а также медицинские организации, внедряющие систему менеджмента качества (51,22%).

Для совершенствования деятельности организации, по мнению экспертов, должны использоваться следующие методы, способствующие устойчивости

развития: оценка эффективности деятельности всех подразделений медицинской организации (внутренние аудиты) (85,66%); сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями деятельности и процессами конкурентов (внешний бенчмаркинг) (65,38%); определение лучшего опыта работы подразделений организации для использования его в других подразделениях (внутренний бенчмаркинг) (65,03%); оценка взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов (64,34%); взаимовыгодное сотрудничество медицинских организаций для совместного обмена знаниями и информацией с целью разработки планов по совершенствованию деятельности (внешний бенчмаркинг) (62,59%); оценка передового опыта других медицинских организаций (57,69%); проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий (52,10%).

Экспертами были выделены ряд таких аспектов, как: оценка эффективности деятельности всех подразделений, сравнение результатов деятельности, как между собственными подразделениями, так и с аналогичными показателями других медицинских организаций. Эффективность применения данных методик оценки деятельности организации будет способствовать проведению внутренних и внешних интеграционных процессов.

С одной стороны, регулярный анализ деятельности организации важен для государственных МО (100 %), и их большинство (98,95%) среди устойчиво развивающихся организаций и организаций, внедряющих СМК (100%) и стратегию (98,15%).

С другой стороны, в нашей стране для проведения внешнего бенчмаркинга сравнительно мало открытых источников информации, тем не менее, это не останавливает руководителей медицинских организаций, внедряющих систему менеджмента качества (67,48%), которые находят возможности для анализа среди аналогичных МО.

С третьей стороны, информации для внутреннего бенчмаркинга в МО достаточно, но используют эти инструменты УРМО в 2,8 раза чаще, чем

неустойчивые. Находят возможности для обучения своих сотрудников на опыте других подразделений организации, внедряющие СМК (100%) и стратегию (66,42%).

Оценка внутренней интеграции с целью повышения эффективности лечебно-диагностического процесса проводится в УРМО в 3,6 раза чаще, чем в другой группе МО. Особо выделяются организации, внедрившие СМК (100%) и стратегию развития (71,59%). Оценка передового опыта других медицинских организаций фактически недоступна в нашей стране при отсутствии официальных рейтингов МО, а сравнивать результаты МО по данным научных статей достаточно кропотливая задача.

Совершенствовать свою деятельность за счет интеграции с партнерами старается только малая часть руководителей (11,84%) исследуемых организаций, в основном – это медицинские организации с работающей системой менеджмента качества (рисунок 4.4).

В результате социологического опроса руководителей медицинских организаций, выявлены технологии работы с устойчивыми медицинскими организациями по сравнению с неустойчивыми медицинскими организациями: в 6,1 раза чаще проводятся корректирующие и предупреждающие мероприятия; в 3,6 раза отличается чистота применения оценки взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов; в 2,8 раза чаще определяется лучший опыт работы подразделений, для его тиражирования внутри организаций; в 2,7 раза чаще идет сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями конкурентов. При этом оценка передового опыта других медицинских организаций и совместный обмен знаниями для разработки планов совершенствования деятельности в организациях, не демонстрирующих свою устойчивость, не проходит совсем. Однако оценка деятельности внутренних подразделений медицинской организации проходит интенсивно и в устойчивых (98,95%) и не устойчивых (76,99%) МО.

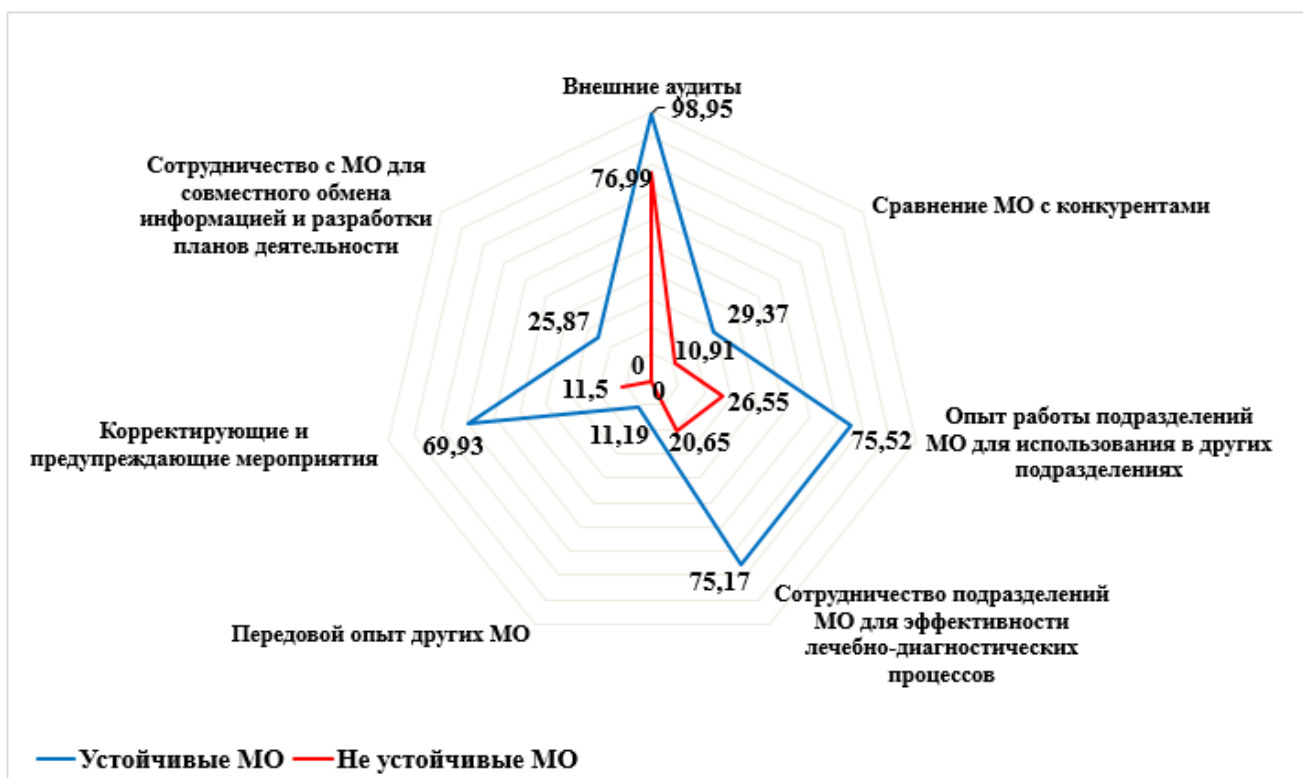


Рисунок 4.4 – Методы, выявляющие дополнительные возможности для совершенствования деятельности медицинской организации (бенчмаркинг)

Для экспертов без сомнения остается важным тот факт, что работа медицинской организации нуждается в постоянных улучшениях (8,32 балла), которые позитивно сказываются на ее устойчивом развитии. Общий потенциал внедрения улучшений в работу исследуемых медицинских организаций низкий и составляет $4,02 \pm 1,77$ балла (таблица 4.20).

Таблица 4.20 – Результаты социологического исследования фактора «внедрение улучшений в работу медицинской организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	4,02 \pm 1,77
Устойчивые медицинские организации	5,56 \pm 1,80
Не устойчивые медицинские организации	2,71 \pm 1,41
Государственные медицинские организации	4,45 \pm 2,32
Частные медицинские организации	2,91 \pm 1,76
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	9,04 \pm 1,24
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	5,42 \pm 2,11

У устойчиво развивающихся медицинских организаций потенциал выше – $5,56 \pm 1,80$ балла. Самый высокий потенциал внедрения улучшений в МО, реализующих систему менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Данный показатель свидетельствует о том, что, внедряя принципы всеобщего управления качеством (TQM) и пересматривая каждый процесс на предмет оценки его качественных показателей, выявляется ряд несоответствий, которые требуют постоянных корректирующих мероприятий.

На современном этапе развития здравоохранения, с учетом укрупнения зон обслуживаемого населения и расширения функций, невозможно представить медицинскую организацию без электронной истории болезни, информационных систем учета лекарственных средств, электронной регистратуры и других технологических решений, поэтому данный фактор указали 57,92% организаций (таблица 4.21). При этом организации, внедряющие СМК, продолжают активно применять все возможные технологические решения, способствующие повышению эффективности работы МО (99,19%).

В технологию оказания медицинских услуг внедрили свои улучшения 22,08% медицинских организаций, в основном – это устойчиво развивающиеся МО, ориентированные на качество оказания медицинских услуг (100%).

Таблица 4.21 – Результаты социологического исследования фактора «внедрение в работу медицинской организации технологических решений для повышения эффективности ее деятельности»

Медицинские организации	Доля распространенности фактора (%)
Все медицинские организации	57,92
Устойчивые медицинские организации	65,03
Не устойчивые медицинские организации	51,92
Государственные медицинские организации	59,91
Частные медицинские организации	52,84
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	99,19
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	64,94

Кроме того, организации, внедряющие СМК, применяют не только технологические, но и организационные решения и инновации для повышения эффективности своей работы (96,75%), изменяя при этом свою организационную структуру (100%) и систему управления медицинской организацией (88,62%).

Проводимое нами исследование факторов, влияющих на устойчивость развития медицинских организаций, показало, что в целом МО, демонстрирующие устойчивый рост, в два раза чаще внедряют улучшения в свою работу, по сравнению с неустойчиво развивающимися медицинскими организациями. Нами было определено, что в новых социально-экономических условиях развития здравоохранения, медицинские организации, имеющие государственную форму собственности, внедряют улучшения в 1,5 раза чаще, чем частные, а МО, развивающие у себя систему менеджмента качества, внедряют улучшения в 2,25 раза чаще, чем среднестатистический показатель данной выборочной совокупности. Особо следует отметить, что устойчиво развивающиеся медицинские организации внедряют различные улучшения: в процесс обеспечения качества медицинской услуги в 66,08% случаев; в технологию оказания медицинских услуг – в 46,15% случаев; в организационную структуру и систему управления медицинской организацией – в 43,01% и 38,11 % случаев соответственно (рисунок 4.5).

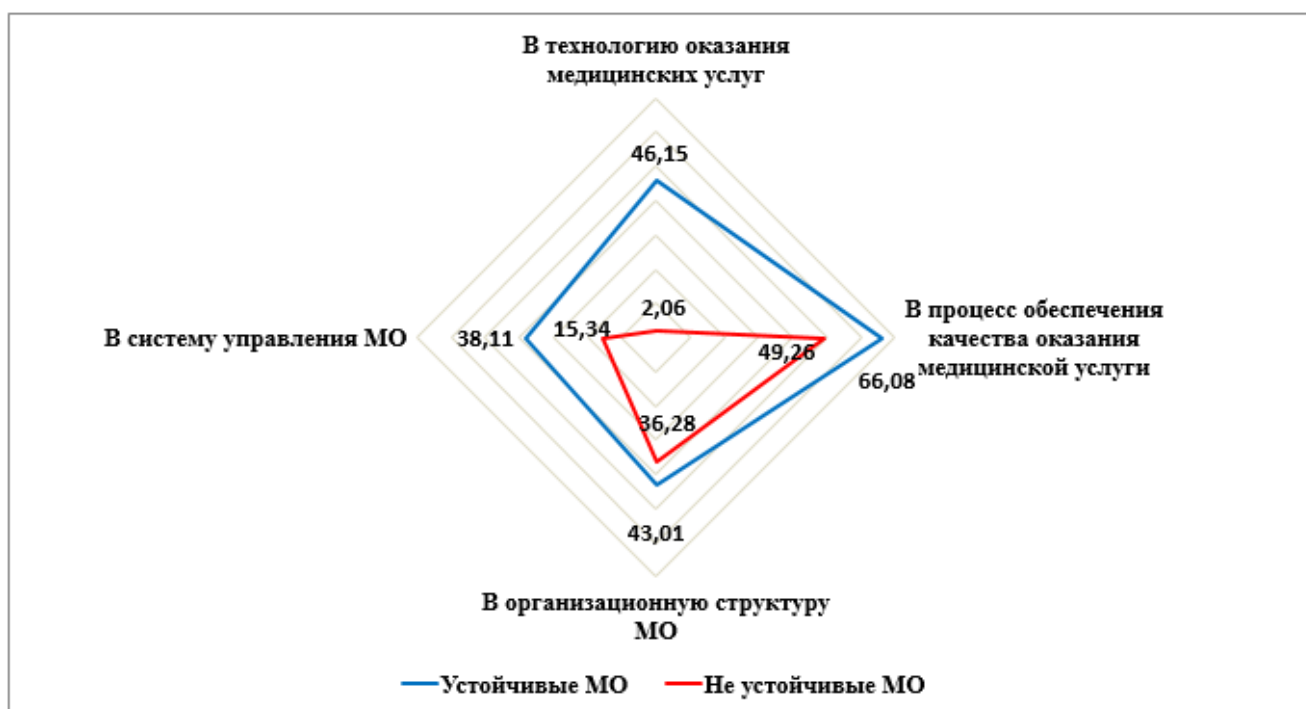


Рисунок 4.5 – Внедрение различных улучшений и инноваций в МО

С другой стороны, прорывные инновации мало доступны государственным МО, что и повлияло на оценку данного фактора экспертами (7,9 балла).

Внедрение инноваций в здравоохранении крайне ограничено ($1,47 \pm 1,77$ балла), инновационный потенциал развивающихся медицинских организаций в 2,18 раза выше ($3,21 \pm 1,27$ балла) (таблица 4.22).

Наиболее восприимчивы к инициализации инновационной деятельности организации, внедряющие систему менеджмента качества ($7,46 \pm 0,90$ балла).

Следует отметить, что в настоящее время инновационный потенциал у государственных медицинских организаций в 6,19 раз выше, чем у частных и абсолютно низкий у тех организаций, которые не демонстрировали устойчивость своего развития.

Таблица 4.22 – Результаты социологического исследования фактора «внедрение инноваций в работу медицинской организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	$1,47 \pm 1,77$
Устойчивые медицинские организации	$3,21 \pm 1,27$
Не устойчивые медицинские организации	$0,00 \pm 1,67$
Государственные медицинские организации	$1,92 \pm 1,00$
Частные медицинские организации	$0,31 \pm 1,70$
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	$7,46 \pm 0,90$
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	$2,77 \pm 1,67$

В основе медицинской деятельности лежит профессионализм врачей и среднего медицинского персонала, поэтому слаженность работы коллектива, поддержка каждым работником долгосрочной стратегии во многом определяют его устойчивость, по мнению экспертов ($8,3$ балла).

Среди устойчиво развивающихся медицинских организаций доля персонала, осведомленного о долгосрочной стратегии развития организации в 1,8 раза выше, чем аналогичный показатель у медицинских организаций с низкой интенсивностью развития (таблица 4.23).

По мнению экспертов, непрерывное образование, повышение квалификации персонала как внутри самой организации, так и за ее пределами в высших и средних специальных учебных заведениях, повышает компетентность сотрудников и влияет на качество оказания медицинской помощи ($8,15$ баллов).

Таблица 4.23 – Результаты социологического исследования фактора «степень ознакомления персонала МО с долгосрочной стратегией организации»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	6,42 \pm 1,90
Устойчивые медицинские организации	8,44 \pm 1,64
Не устойчивые медицинские организации	4,71 \pm 1,87
Государственные медицинские организации	6,88 \pm 2,58
Частные медицинские организации	5,23 \pm 2,12
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	9,16 \pm 1,10
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	7,72 \pm 2,10

Некоторые медицинские организации проводят работу по обучению персонала стратегии устойчивого развития организации, однако этот вид деятельности имеет низкий потенциал и составляет $1,85 \pm 1,58$ балла среди развивающихся организаций, в 2,1 раза этот показатель выше у МО, внедряющих систему менеджмента качества, и в 1,5 раза выше у организаций, реализующих стратегию развития (таблица 4.24).

Таблица 4.24 – Результаты социологического исследования фактора «проведение обучения персонала в медицинской организации по вопросам устойчивого развития»

Медицинские организации	баллы $\pm \sigma$
Все медицинские организации	1,32 \pm 1,50
Устойчивые медицинские организации	1,85 \pm 1,58
Не устойчивые медицинские организации	0,87 \pm 1,34
Государственные медицинские организации	1,31 \pm 1,29
Частные медицинские организации	1,32 \pm 1,90
Медицинские организации, внедряющие элементы системы менеджмента качества	3,89 \pm 1,46
Медицинские организации, реализующие стратегию развития	2,78 \pm 1,42

Итак, проведенное социологическое исследование факторов, влияющих на устойчивость развития организации, показало, что среди 73 проанализированных показателей, можно выделить 14 основных, внедрение которых повышает потенциал устойчивости медицинской организации на 80%, остальные факторы лишь некоторым образом улучшают результат (рисунки 4.6 и 4.7).

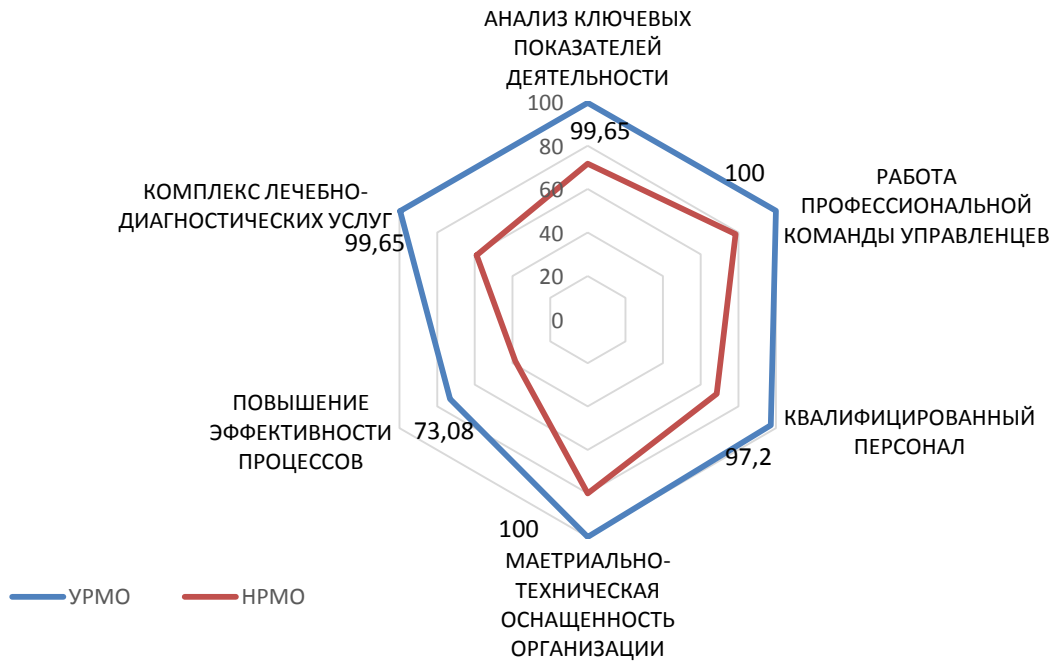


Рисунок 4.6 – Факторы, повышающие устойчивость развития медицинской организации, %

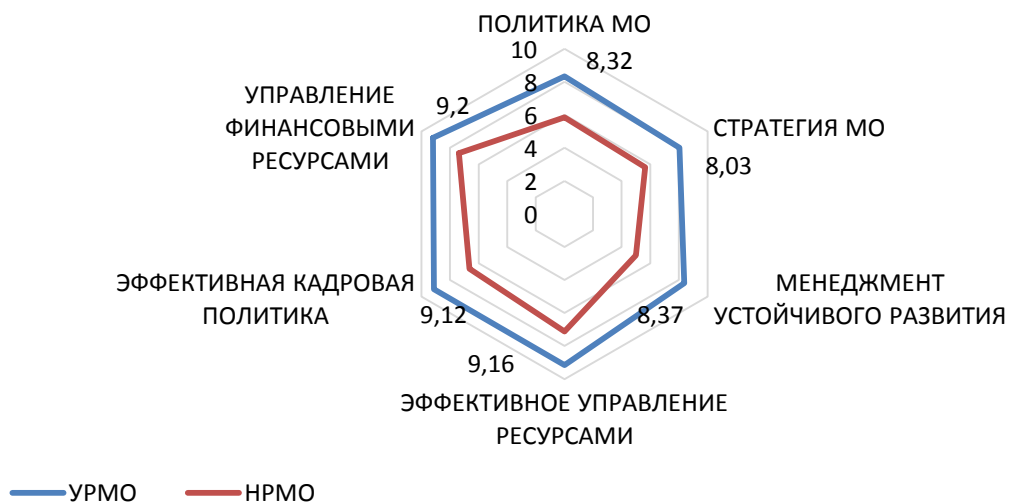


Рисунок 4.7 – Факторы, повышающие устойчивость развития медицинской организации, баллы

Ключевыми факторами успеха развития медицинской организации в современных условиях являются: бенчмаркинг; мониторинг и анализ деятельности организации; внедрение СМК стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015; работа профессиональной команды управленцев; систематическое повышение эффективности процессов; менеджмент устойчивого развития; ключевые

показатели деятельности; материально-техническая оснащенность; управление ресурсным обеспечением, финансами, кадровой политикой; внедрение улучшений и инноваций; обучение персонала вопросам устойчивого развития организации; интеграция внутренняя и внешняя, реализация политики и стратегии организации и др.

Наиболее эффективно используют потенциал данных факторов устойчивости организации, внедряющие в свою работу элементы стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, основанного на принципах Всеобщего управления качеством. Именно такие медицинские организации более подготовлены к внедрению положений стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 для повышения эффективности деятельности, направленной на устойчивое развитие медицинской организации.

У устойчиво развивающихся медицинских организаций, по данным социологического исследования, потенциал фактора «политика, направленная на устойчивое развитие» на 24,8% выше, чем у неустойчивых МО, кроме того, УРМО применяют фактор «эффективной стратегии организации» на 23,8% чаще, чем другие организации.

Достоверно выявлено, что устойчивые МО в 1,4 раза чаще осуществляют анализ эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей деятельности, чем организации, не демонстрирующие устойчивость. Этому фактору отдается абсолютный приоритет в организациях, внедряющих элементы системы менеджмента качества (100%) и реализующих стратегию развития (94,46%). Потенциал фактора «менеджмент устойчивого успеха» реализуется в УРМО на 33,7% выше, чем в других организациях с низкой интенсивностью развития. Руководители УРМО в абсолютном большинстве (100%) уверены, что работа профессиональной команды управленцев влияет на развитие МО.

Особое внимание УРМО уделяют ресурсному обеспечению. У этих МО в 1,3 раза чаще выделяется акцент на эффективном управлении ресурсами, в том числе кадровой политикой (в 1,37 раза), подбором квалифицированного персонала (в 1,42 раза), в управлении финансами (в 1,25 раза) и материально-

техническими ресурсами (в 1,25 раза). Что демонстрирует готовность руководителей максимально эффективно использовать все имеющиеся у МО ресурсы для достижения стратегических целей, заявленных в организации.

Анализируя факторы ресурсного (в т. ч. финансового) обеспечения МО, нет оснований считать, что эффективная система управления ресурсами значительно влияет на устойчивость развития организаций. Тем не менее, исследование показало, что внедрение в работу медицинской организации организационных инноваций (стратегию развития организации, систему менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, политику устойчивого развития МО и др.) существенно упорядочивает потребление ресурсов и повышает эффективность системы управления данного аспекта.

Для развития медицинской организации важно систематически повышать эффективность и результативность всех процессов организации, способствующих достижению долгосрочных целей, потенциал этого фактора у УРМО почти в 2 раза превышает неустойчивые МО, в том числе в 1,19 раза интенсивнее идет работа по основным, в 1,16 раз чаще – вспомогательным процессам и в 1,7 раза чаще весь комплекс медицинской услуги оказывается в стенах одного МО.

Сам процесс контроля качества оказания медицинской услуги осуществляется как внутри МО, так и внешними контролирующими организациями, страховыми медицинскими компаниями, территориальным фондом ОМС, Росздравнадзором и другими, за которым могут последовать штрафные санкции, поэтому внимание руководителей любой формы собственности направлено на оптимизацию основных лечебно-диагностических процессов в организации, что повлияло на незначительные различия в оценке. Однако в исследовании выявлено, что для контроля качества медицинской помощи в УРМО в 1,8 раза чаще используются положения стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, по сравнению с альтернативной группой МО.

При анализе эффективности деятельности и мониторинга устойчиво развивающихся медицинских организаций в 4,2 раза чаще проводится анализ конкурентной среды, в почти 3 раза чаще оценивается эффективность и результативность принятия решения, ход работ по достижению запланированных

результатов, соотносятся цели организации, ее миссия, стратегия и политика. Кроме того, в 2 раза чаще проводится оценка текущих возможностей организации и ее процессов, чем другие организации. В то же время и устойчивые, и неустойчивые медицинские организации уделяют значительное внимание анализу эффективности долгосрочного планирования, анализу законодательных и нормативных требований, и совсем незначительное внимание тех и других групп организаций уделяется анализу эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами.

В нашем исследовании было проанализировано более 70 показателей, прямо или косвенно влияющих на устойчивость развития медицинских организаций, однако ни один из этих показателей не проявляет ярко выраженный доминирующий эффект на состояние деятельности медицинской организации.

Предложенные организационные модели совершенствования деятельности организации демонстрируют тесное взаимовлияние факторов друг на друга, которое может оказывать синергетический эффект.

Следовательно, по нашему мнению, полученный в настоящем исследовании, усредненный профиль современного МО целесообразно оценить по методике интегральной оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации, предложенной во 2 главе. Это позволит сопоставить полученные результаты в единой системе измерений.

Проведенный нами экспертный опрос руководителей медицинских организаций, демонстрирующих устойчивый рост в течении трех лет и более, показал, что влияние различных факторов на устойчивое развитие неоднородно, с одной стороны, среди факторов с высоким потенциалом устойчивости эксперты указали задачи, имеющие первостепенное значение на современном уровне развития здравоохранения. С другой стороны, существует ряд направлений работы, с которыми руководители отечественных медицинских организаций сталкиваются редко в своей работе, поэтому оценка их влияния на устойчивость развития МО вызывает затруднение.

В настоящем исследовании определенный интерес представляют формы внешней интеграции, которые могут способствовать повышению потенциала устойчивости развития организации.

Достоверно доказано, что внешняя интеграция устойчиво развивающихся медицинских организаций осуществляется чаще: с государственными организациями (в 10,12 раза); с общественными организациями (в 5,24 раза); с частными фирмами, активно используя аутсорсинг для клининговых, прачечных и охранных услуг (в 3,74 раза); с другими медицинскими организациями (в 2,8 раза); с региональными органами власти (в 2,07 раза); с поставщиками продукции и услуг для медицинской организации (в 1,95 раза); с ТФОМС (в 1,73 раза).

Оценка высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов проводится в УРМО в 3 раза чаще, чем в альтернативной группе, в основном за счет организаций внедряющих СМК и стратегию. Такое же соотношение и при анализе достижения долгосрочных целей и анализе результативности принятия решения руководителями. Анализ конкурентной среды в 4.2 раза чаще проводится в медицинских организациях, демонстрирующих устойчивое развитие.

Большинство исследуемых организаций проводят анализ нормативных требований и анализ ключевых показателей деятельности по дорожной карте. И редко анализируют сотрудничество с поставщиками и партнерами. В 2 раза чаще УРМО проводят анализ сильных и слабых сторон деятельности МО, а также ее процессов и возможностей.

По мнению экспертов, работа медицинской организации нуждается в постоянных улучшениях (8,32 балла). Технологию оказания медицинских услуг совершенствуют устойчиво развивающиеся медицинские организации в 22,4 раза чаще, чем их коллеги из других МО.

Кроме того, в 2,5 раза чаще внедряются улучшения в систему управления медицинской организацией, в основном это МО, ориентированные на положения стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (88,52%). Исследуемые медицинские

организации обеих групп уделяют значительное внимание улучшению организационной структуры МО и процессу обеспечения качества оказания медицинской помощи.

В результате социологического опроса руководителей медицинских организаций, выявлены технологии работы устойчивых медицинских организаций по сравнению с НУМО: в 6,1 раза чаще проводятся корректирующие и предупреждающие мероприятия; в 3,6 раза отличается чистота применения оценки взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов; в 2,8 раза чаще определяется лучший опыт работы подразделений, для его тиражирования внутри организаций; в 2,7 раза чаще идет сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями конкурентов. При этом оценка передового опыта других медицинских организаций и совместный обмен знаниями для разработки планов совершенствования деятельности в организациях, не демонстрирующих свою устойчивость, не проходит совсем. Однако, оценка деятельности внутренних подразделений медицинской организации проходит интенсивно, и в устойчивых (98,95%) и не устойчивых (76,99%) МО.

В результате проводимого социологического исследования был выделен ряд факторов, способствующих развитию организации, и проанализирована степень их распределения среди медицинских организаций по признакам устойчивости, форме собственности и применения моделей, повышающих эффективность деятельности МО. К таким моделям в настоящем исследовании относятся: внедрение, частичное или полное, системы менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и разработка стратегии развития медицинской организации с формированием показателей дорожной карты. Обе модели наиболее часто используются в работе современных МО.

Так, 19,52% медицинских организаций активно пользуются в своей работе положениями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 внедрение улучшений в 2,3 раза, внедрение инноваций в пять раз, обучение персонала вопросам устойчивого

развития в три раза, интеграция с вузом по вопросам подготовки кадров выше на 48,9%, чем в средние показатели исследуемых МО.

У организаций, внедривших СМК, в два и более раз чаще достигается:

- повышение эффективности и результативности всех процессов;
- оценивается ход работ по достижению запланированных результатов;
- оцениваются текущие возможности организации;
- проводится внутренний и внешний бенчмаркинг;
- корректирующие и предупреждающие действия.

Также персонал таких организаций знает долгосрочную стратегию МО, а кадровая политика эффективнее на 21,1%. Потенциал управления ресурсами реализуется на 94,2%, что составляет самый высокий показатель среди исследуемых организаций.

Социологическое исследование показало, что МО, внедряющие стратегию развития, улучшили свой потенциал на 20–30% по сравнению со средними показателями исследуемых организаций. В таких МО в 2,1 раза чаще проводится работа по обучению персонала вопросам устойчивого развития и внедряются инновации, а также примерно в 1,7 раза чаще проводятся корректирующие и предупреждающие мероприятия, оценка передового опыта различных подразделений и организаций, сотрудничество с НИИ и государственными организациями.

В нашем исследовании участвовало 219 медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, что составило 35% от общего числа МО. Из них к устойчиво развивающимся поликлиникам отнесли себя 107 организаций (48,9%). Реализуют принципы системы менеджмента качества 38% поликлиник, и стратегию развития – 84,1% МО данной группы.

Проводя анализ медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, мы пришли к выводу, что есть ряд существенных отличий в управленческих подходах устойчиво развивающихся поликлиник по сравнению с организациями, не демонстрирующими устойчивый рост.

В 2 раза чаще устойчивые поликлиники проводят обучение персонала на рабочем месте и информируют персонал о стратегии и политике МО. Занимаются менеджментом устойчивого развития, менеджментом качества и внедряют улучшения устойчивые медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, в 1,8 раза чаще, чем альтернативная группа организаций. Кроме того, медицинские организации, не достигающие показателей устойчивого развития, совсем не внедряют в свою работу инновации. Достижение показателей качества оказания медицинской помощи сопоставимо в обеих группах, а управление ресурсами отличается на 30% в пользу устойчиво развивающихся поликлиник (рисунок 4.8).

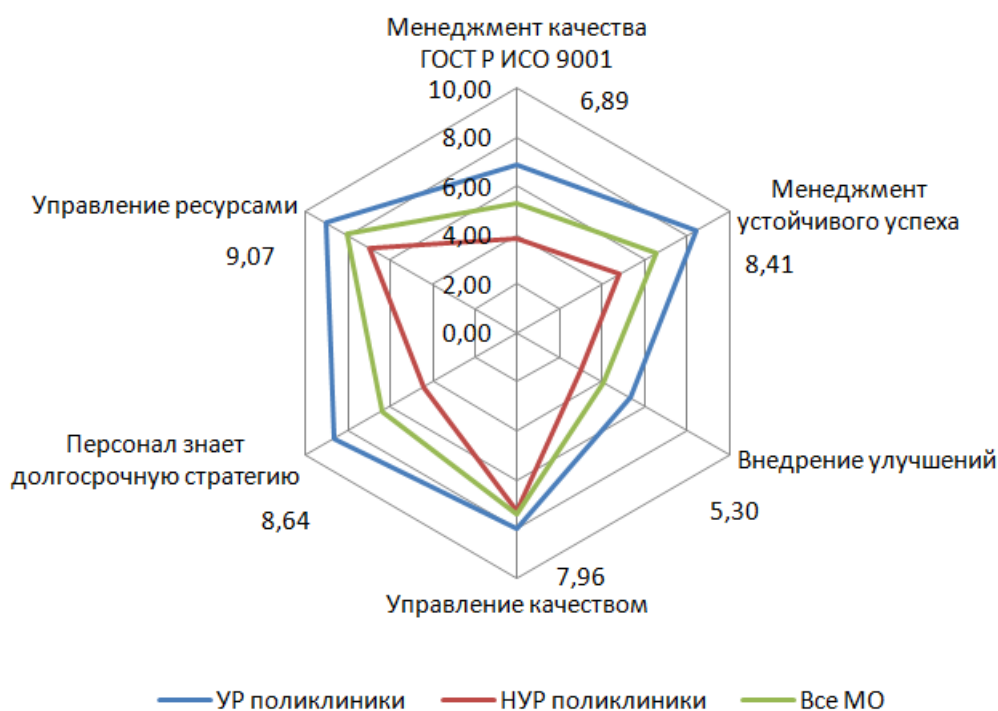


Рисунок 4.8 – Факторы, повышающие устойчивость развития медицинской организации, оказывающей помощь населению в амбулаторных условиях, баллы

Устойчиво развивающиеся поликлиники чаще используют следующие управленческие методы и приемы: взаимодействуют с государственными организациями – в 14,9 раз; анализируют условия, в которых протекают основные процессы МО – в 13,9 раза; проводят корректирующие и предупреждающие мероприятия – в 9,7 раза; проводят оценку эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами – в 7 раз; оценивают запланированные результаты –

в 3,4 раза; проводят оценку взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов – в 3,4 раза; проводят оценку эффективности и результативности принятия решения – в 3,1 раза; работают в партнерстве с частными организациями – в 3 раза; оценивают достижение целей организации – в 2,8 раза; сравнивают результаты работы с конкурентами – в 2,6 раза; сотрудничают с общественными организациями – в 2,3 раза; проводят оценку сильных и слабых сторон организации – в 2,2 раза; оценивают текущие возможности организации и ее процессов – в 2 раза;

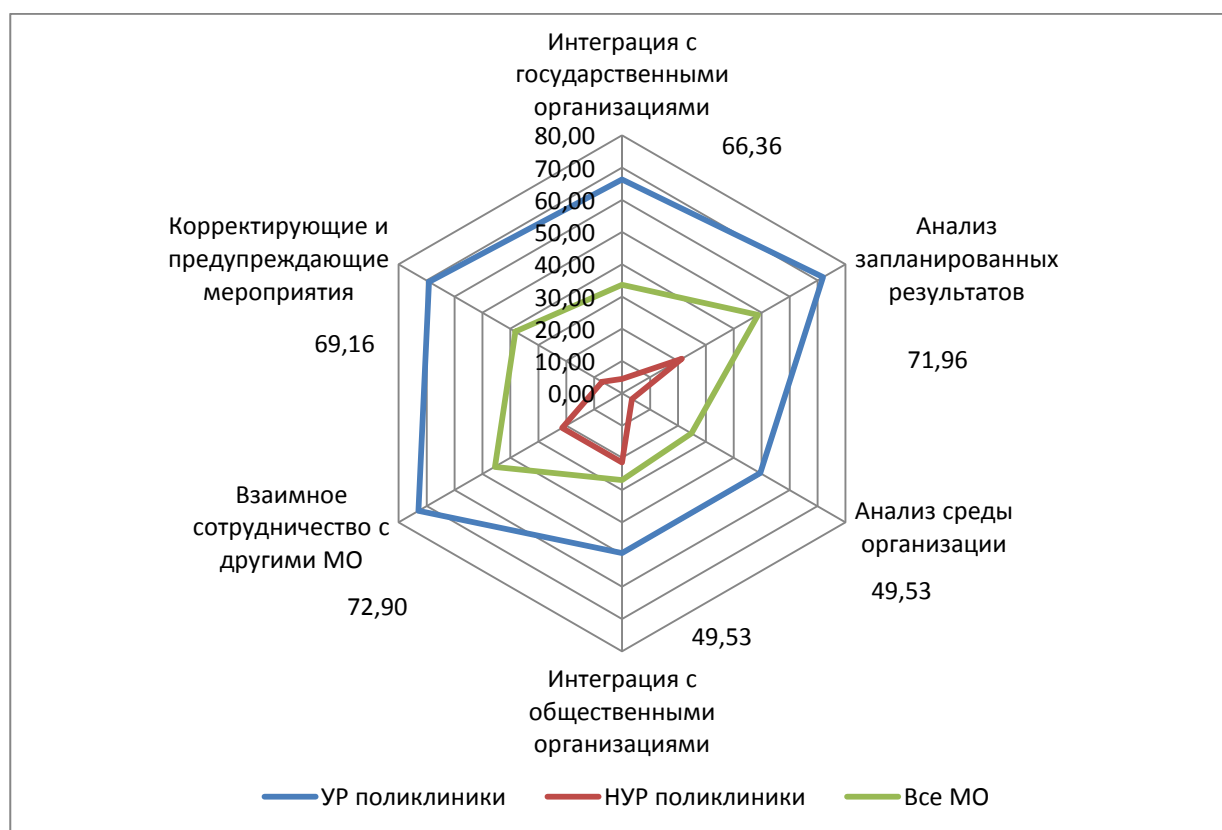


Рисунок 4.9 – Факторы, повышающие устойчивость развития медицинской организации, оказывающей помощь населению в амбулаторных условиях, %

осуществляют интеграцию с СУЗом – в 1,8 раза; сотрудничают с поставщиками и партнерами – в 1,7 раза; развивают комплекс лечебно-диагностических услуг – в 1,7 раза; оценивают результативность процессов – в 1,7 раза; и осуществляют интеграцию с другими медицинскими организациями – в 1,6 раза чаще (рисунок 4.9). Так, применяют в своей работе положения системы менеджмента качества

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 только устойчиво развивающиеся медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях (37,4%). Используют стратегию развития 66,4% развивающихся поликлиник, и 17% организаций альтернативной группы.

Далее в работе был проведен сравнительный анализ показателей устойчивых поликлиник со средними показателями устойчивых организаций в целом, который показал, что УР поликлиники чаще других проводят оценку сильных и слабых сторон на 20,2%, анализ среды организации на 17%, осуществляют интеграцию с вузом на 6%, и интеграцию с Министерством здравоохранения региона на 4,2%. Остальные показатели имеют незначительные отличия, что позволяет нам сделать вывод о единых управленческих подходах, способствующих УРМО.

4.2 Базовая и средняя оценка устойчивости развития современных медицинских организаций

В настоящее время в системе здравоохранения ограничена информация для проведения сравнительного анализа различных медицинских организаций, что затрудняет реализацию внешнего бенчмаркинга, с также понимание руководителями уровня развития их организации, по сравнению с другими участниками рынка медицинских услуг. Поэтому описанная ранее авторская методика интегральной оценки потенциала устойчивости развития представляет интерес не только для самооценки МО, но и для сравнительной оценки различных медицинских организаций, например, проведение бенчмаркинга. Для определения базового уровня потенциала устойчивости МО была проведена оценка ключевых параметров деятельности организаций на основании

нормативно-правового анализа, приведенной в 3 главе настоящей работы (таблица 4.25).

Таблица 4.25 – Базовая оценка потенциала устойчивости ключевых параметров деятельности типовой медицинской организации по законодательной базе

		Оценка по законодательной базе	Максимальное значение потенциала устойчивости по показателям	Потенциал устойчивости показателя (%)
1.	Интегральная оценка устойчивости развития организации	0,079	1	7,9
2.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»	0,0278	0,166	16,74
2.1.	«Стадия развития системы менеджмента»	0,0075	0,25	3
2.2.	«Устойчивый успех»	0,1375	0,25	55
2.2.1	Планирование деятельности организации	0,5	0,5	Max
2.2.2	Динамика показателей эффективности деятельности	0,05	0,5	10
2.3.	«Среда организации»	0,0075	0,25	3
2.4.	«Заинтересованные стороны»	0,015	0,25	6
3.	Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»	0,0086	0,166	5,18
3.1.	«Выработка стратегии и политики»	0,0324	0,33	9,81
3.1.1.	Процесс планирования стратегии и политики	0,006	0,06	10
3.1.2.	Стратегия и политика базируется на анализе среды организации	0,045	0,16	28,12
3.1.3.	Результаты реализации стратегии	0,0468	0,78	6
3.2.	«Развертывание стратегии и политики»	0,010	0,33	3,03
3.2.1	Процесс реализации стратегии и политики	0,015	0,5	3
3.2.2.	Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики	0,015	0,5	3
3.3.	«Передача информации о стратегии и политике»	0,0099	0,33	3
4.	Оценка ключевого элемента «менеджмент ресурсов»	0,0109	0,166	6,56
4.1.	«Планирование и анализ ресурсного обеспечения (общие положения)»	0,01	0,125	8
4.1.1	Планирование ресурсного обеспечения	0,03	0,5	6
4.1.2	Анализ ресурсного обеспечения	0,05	0,5	10
4.2.	«Финансовые ресурсы»	0,016	0,125	12,8
4.2.1	Управление финансовой деятельностью	0,0594	0,33	18
4.2.2	Планирование финансовых ресурсов	0,0297	0,33	9
4.2.3	Анализ финансовой деятельности	0,0396	0,33	12
4.3.	«Работники организации»	0,0068	0,125	5,44
4.3.1.	Связь кадровой политики со стратегией	0,0075	0,25	3
4.3.2.	Подготовка кадров	0,015	0,25	6
4.3.3.	Компетентность сотрудников	0,0075	0,25	3
4.3.4.	Обмен информацией с персоналом	0,025	0,25	10

4.4.	«Партнеры и поставщики»	0,006	0,125	4,8
4.4.1	Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации	0	0,5	0
4.4.2	Обмен информацией с партнерами и поставщиками	0,05	0,5	10
4.5.	«Инфраструктура»	0,0081	0,125	6,48
4.5.1	Планирование потребности в инфраструктуре	0,012	0,12	10
4.5.2	Инфраструктура способствует достижению стратегических целей	0,0528	0,88	6
4.6.	«Производственная среда»	0,01125	0,125	9
4.7.	«Знания, информация и технологии»	0,00375	0,125	3
4.7.1	Менеджмент знаний, информации и технологий	0	0,5	0
4.7.2	Обмен информацией	0,03	0,5	6
4.8.	«Природные ресурсы»	0,00375	0,125	3
4.8.1	Менеджмент природных ресурсов	0,03	0,5	6
4.8.2	Оптимизация использования природных ресурсов	0	0,5	0
5.	Оценка ключевого элемента «менеджмент процессов»	0,01	0,166	6,02
5.1.	«Планирование и управление процессами»	0,05	0,5	10
5.1.1.	Процесс менеджмента	0,045	0,25	18
5.1.2.	Планирование процессов	0,015	0,25	6
5.1.3	Результативность процессов	0,015	0,25	6
5.1.4	Эффективность процессов	0,025	0,25	10
5.2.	«Ответственность и полномочия, связанные с процессами»	0,015	0,5	3
6.	Оценка ключевого элемента «мониторинг, измерение, анализ и изучение»	0,016	0,166	9,63
6.1.	«Мониторинг»	0,0146	0,25	5,84
6.1.1	Управление мониторингом	0,018	0,33	5,45
6.1.2	Уровень мониторинга	0,0099	0,33	3
6.1.3	Источники информации для мониторинга	0,0297	0,33	9
6.1.3.1	Законодательные и нормативные требования	0,015	0,25	6
6.1.3.2	Сотрудники организации	0,03	0,25	12
6.1.3.3	Потребители	0,03	0,25	12
6.1.3.4	Поставщики и партнеры	0,015	0,25	6
6.2.	«Измерение»	0,0069	0,25	2,76
6.2.1	Ключевые показатели деятельности	0,008	0,25	3,2
6.2.1.1	Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности	0,0075	0,25	3
6.2.1.2	Качество ключевых показателей деятельности	0	0,25	0
6.2.1.3	Источники информации для ключевых показателей деятельности	0,025	0,25	10
6.2.1.4	Результаты внедрения ключевых показателей деятельности	0	0,25	0
6.2.2	Внутренние аудиты	0,015	0,25	6
6.2.3	Самооценка	0,0046	0,25	1,84
6.2.3.1	Сбор данных	0,003	0,1	3
6.2.3.2	Процесс самооценки	0,0156	0,26	6
6.2.3.3	Результат самооценки	0,0384	0,64	6
6.2.4	Бенчмаркинг	0	0,25	0
6.2.4.1	Управление бенчмаркингом	0	0,5	0
6.2.4.2	Процесс бенчмаркинга	0	0,5	0
6.3.	«Анализ»	0,054	0,25	21,6
6.3.1	Уровни анализа данных	0,0018	0,06	3
6.3.2	Методы анализа данных	0,0144	0,12	12

6.3.3	Управление анализом данных	0,0156	0,26	6
6.3.4	Результат анализа	0,1848	0,56	33
6.4.	«Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа»	0,0216	0,25	8,64
6.4.1.	Процесс изучения информации	0,0036	0,06	6
6.4.2.	Методика изучения информации	0,0048	0,16	3
6.4.3.	Результат изучения информации	0,078	0,78	10
7.	Оценка ключевого элемента «улучшения, инновации и обучение»	0,00469	0,166	2,82
7.1.	«Улучшения»	0,00257	0,33	0,77
7.1.1.	Управление улучшениями	0,0078	0,26	3
7.1.2.	Результат улучшений	0	0,64	0
7.1.3.	Методика улучшений	0	0,1	0
7.2.	«Инновации»	0,0084	0,33	2,54
7.2.1	Инновационный процесс	0,01	0,1	10
7.2.2	Результат внедрения инноваций	0	0,64	0
7.2.3	Степень внедрения инноваций	0,0156	0,26	6
7.3.	«Обучение»	0,0172	0,33	5,21
7.3.1	Процесс обучения	0,006	0,1	6
7.3.2	Методика обучения	0,0078	0,26	3
7.3.3	Результат обучения	0,0384	0,64	6

В результате полученная базовая оценка потенциала составляет только 7,9% от максимального значения интегрального показателя, включая потенциал ключевого элемента «менеджмент для достижения устойчивого успеха организации», который реализуется на 16,75%, «мониторинг, измерение, анализ, изучение» на 9,64%, «менеджмент ресурсов и процессов» на 6,57% и 6,02% соответственно, показатель «стратегия и политика» несмотря на все меры по составлению и реализации дорожной карты на 5,18%, а ключевой элемент «улучшения, инновации и обучение» является самым низким в оценке, и составляет 2,83%. Длительно время медицинские организации в нашей стране работали исключительно в централизованной системе управления, где ключевым элементом было издание региональными органами власти в сфере здравоохранения приказов о необходимости проведения того или иного вида деятельности в медицинской организации. В настоящее время большая часть вопросов отдана на усмотрение руководителя МО, поэтому прежний принцип работы «по приказу» не только не эффективен, но и препятствует устойчивому развитию медицинской организации.

Как показывает проведенное социологическое исследование, в настоящее время руководители МО ориентируются в своей работе не только на нормативные требования, но и на современные модели управления организацией. В продолжение исследования были проанализированы данные социологического опроса руководителей, описанного выше, и создан усредненный профиль потенциала устойчивости медицинских организаций по результатам социологического исследования (таблица 4.26). Как видно из таблицы, средний уровень потенциала устойчивости исследуемых организаций в 2,19 раза выше минимального нормативного значения, что свидетельствует о распространённости управленческих моделей, способствующих достижению долгосрочных целей, в МО. Особое внимание уделяется вопросам внедрения стратегии и политики, оптимизации ресурсного обеспечения и внедрения различных организационных изменений. Потенциал этих направлений превышает нормативный в 3 раза.

Таблица 4.26 – Сравнительная оценка ключевых параметров деятельности медицинской организации по результатам анализа законодательной базы и усредненного потенциала устойчивости медицинских организаций по результатам социологического исследования

		Оценка по законодательной базе	Средняя оценка МО по результатам социологического исследования	Максимальное значение потенциала устойчивости по показателям
1.	Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»	0,0086	0,0240	0,1660
2.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»	0,0278	0,0435	0,1660
3.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»	0,0109	0,0311	0,1660
4.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент процессов»	0,0100	0,0200	0,1660
5.	Оценка ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»	0,0160	0,0400	0,1660
6.	Оценка ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»	0,0047	0,0137	0,1660
7.	Интегральная оценка устойчивости развития организации	0,0790	0,1730	1,0000

Однако, как показано на рисунке 4.10, средний потенциал устойчивости ниже максимальных значений показателя почти в 6 раз, что говорит об актуальности применения модели управления устойчивым развитием в практическом здравоохранении.

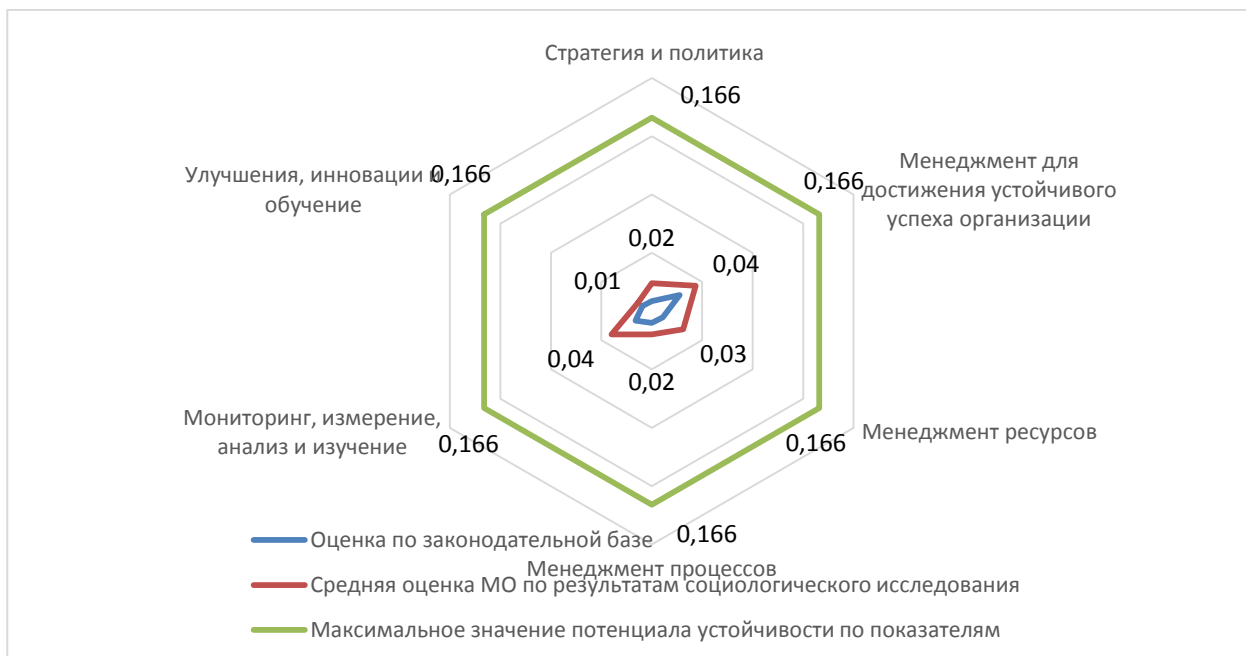


Рисунок 4.10 – Ключевые факторы деятельности медицинской организации по результатам анализа законодательной базы и усредненного потенциала устойчивости медицинских организаций по результатам собственного социологического исследования

Итак, исследование показало, что потенциал устойчивости МО зависит не столько от формы собственности медицинской организации, сколько от совокупности управленческих методик, используемых для достижения заявленных целей МО (таблица 4.27).

Таким образом, ключевыми факторами успеха развития медицинской организации в современных условиях являются: бенчмаркинг; мониторинг и анализ деятельности организации; внедрение СМК стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015; работа профессиональной команды управленцев; систематическое повышение эффективности процессов; менеджмент устойчивого развития; ключевые показатели деятельности; материально-техническая оснащенность; эффективное управление ресурсным обеспечением, финансами, кадровой политикой; внедрение улучшений и инноваций; обучение персонала вопросам устойчивого развития организации;

внутренняя и внешняя интеграция, реализация политики и стратегии организации и др.

Таблица 4.27 – Оценка потенциала УРМО при различных моделях управления

		Оценка по законодательной базе – базовый потенциал УРМО	Оценка по данным социологического исследования - средний потенциал УРМО	Оценка УРМО, внедряющих стратегию развития	Оценка УРМО, внедряющих, систему менеджмента качества, стандарта ИСО 9001	Максимальное значение потенциала устойчивости по показателям
1.	«Стратегия и политика»	0,0086	0,024	0,164	0,12	0,166
2.	«Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»	0,0278	0,0435	0,08	0,11	0,166
3.	«Менеджмент ресурсов»	0,0109	0,0311	0,03	0,05	0,166
4.	«Менеджмент процессов»	0,01	0,02	0,03	0,166	0,166
5.	«Мониторинг, измерение, анализ и изучение»	0,016	0,04	0,06	0,06	0,166
6.	«Улучшения, инновации и обучение»	0,0047	0,0137	0,02	0,02	0,166
7.	Интегральная оценка устойчивости развития организации	0,079	0,173	0,39	0,526	1

Наиболее эффективно используют потенциал данных факторов устойчивости организации, внедряющие в свою работу элементы стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, основанного на принципах Всеобщего управления качеством. Именно такие медицинские организации более подготовлены к внедрению положений стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009 для повышения эффективности деятельности, направленной на устойчивое развитие медицинской организации.

ГЛАВА 5 МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Проведенное социологическое исследование и экспертный опрос факторов, влияющих на устойчивость развития медицинской организации показали, что в основе управленческой тактики должны находиться следующие виды деятельности: внутренняя и внешняя интеграция; реализация политики и стратегии организации; менеджмент устойчивого развития; формирование ключевых показателей деятельности организации в целом и ее отдельных процессов; работа профессиональной команды управленцев; обучение персонала вопросам устойчивого развития организации; эффективное управление ресурсным обеспечением, в том числе финансами, кадровой политикой; материально-техническая оснащенность; систематическое повышение эффективности процессов; внедрение системы менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015; бенчмаркинг; мониторинг и анализ деятельности организации.

Анализируя указанные факторы устойчивости в рамках одной модели, мы пришли к выводу, что каждый из этих видов деятельности тесно взаимосвязан с другими. Более того, только достигнув внутренней и внешней интеграции этих процессов можно достичь синергетического эффекта и повысить потенциал устойчивости развития организации в целом. Кроме того, анкетный опрос показал, что для МО, оказывающей ПМСП характерны те же управленческие подходы, что и в других видах организаций, участвующих в исследовании.

Как мы уже рассматривали в предыдущих главах, управление устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, начинается с принятия решения высшим руководством о реализации политики, направленной на УРМО и формулировании стратегических целей и

задач. Обобщенная модель процесса разработки стратегии устойчивого развития медицинской организации представлена на рисунке 5.1.



Рисунок 5.1 – Обобщенная модель процесса разработки стратегии устойчивого развития медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях (авторский подход)

Классический стратегический менеджмент предполагает взаимосвязь стратегии с ключевыми показателями деятельности организации, трансформированными в ключевые показатели деятельности сотрудников основных подразделений, реализующиеся через стимулирующую систему оплаты труда (рисунок 5.2).



Рисунок 5.2 – Классический подход к стратегическому менеджменту

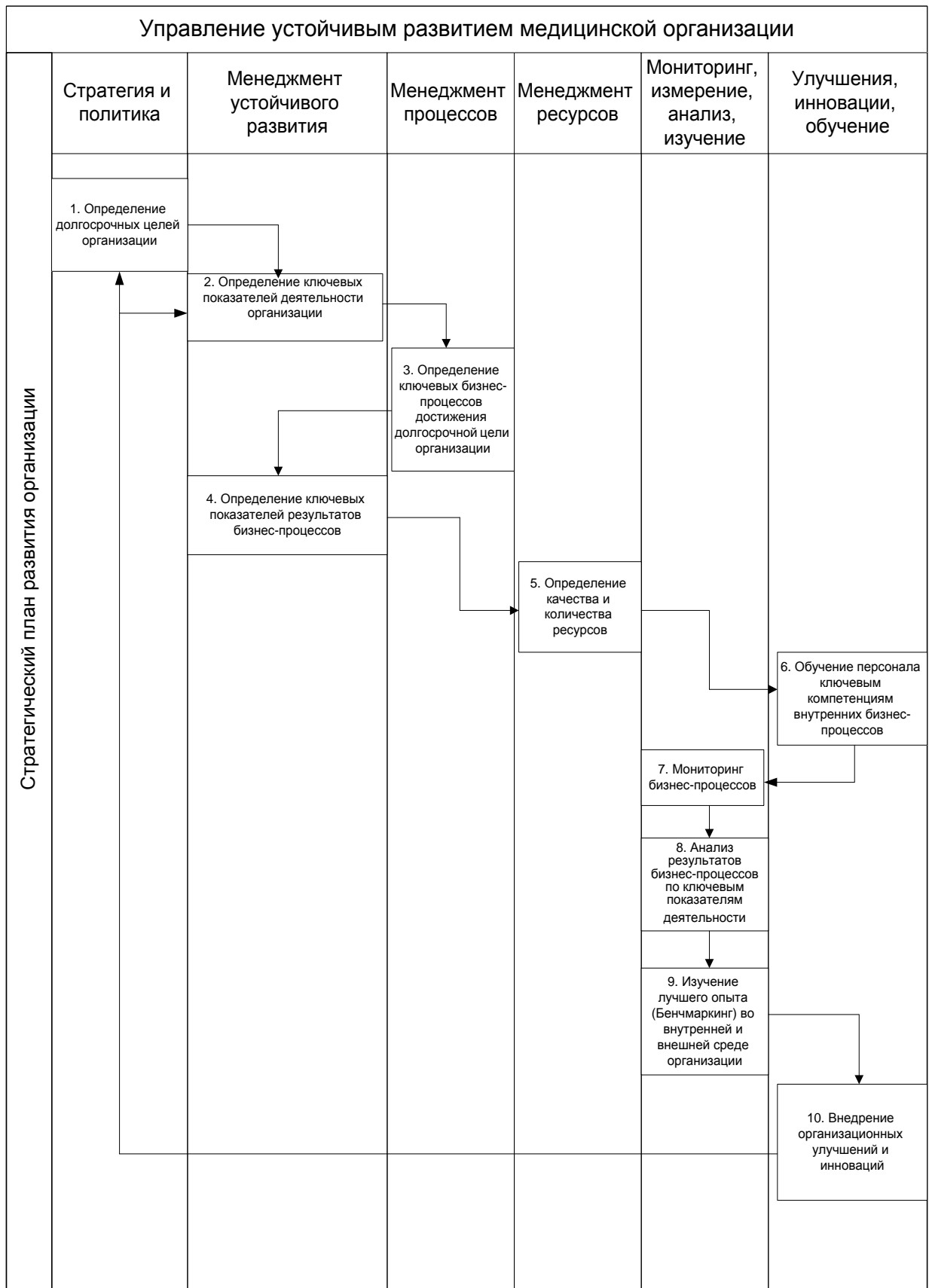


Рисунок 5.3 – Стратегический план развития медицинской организации (авторский подход)

Однако в этом случае внимание руководителей сфокусировано на основных процессах, а к корректировке вспомогательных процессов обращаются только в исключительных случаях, что нарушает системный подход к управлению медицинской организацией.

В рамках модели устойчивого развития медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, необходимо сбалансировано задействовать все заинтересованные стороны. Основными отличительными особенностями стратегии устойчивого развития являются (рисунок 5.3):

1) Формирование долгосрочной цели с учетом потребностей заинтересованных сторон и внешней среды. В этой связи для медицинской организации приоритетными задачами являются повышение доступности и качества оказания медицинской помощи; реализация комплекса мер, направленных на снижение количества летальных случаев, и, как следствие, снижение общих показателей смертности населения; реализация профилактических программ, программ повышения качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями, и других мероприятий, способствующих увеличению продолжительности жизни населения, в т. ч. трудоспособного.

2) Определение ключевых бизнес-процессов достижения долгосрочных целей и их результатов. Такими процессами могут быть, как основные (лечебно-диагностические), так и вспомогательные (работа регистратуры, ресурсное обеспечение и поддержания материально-технической базы в рабочем состоянии и др.).

3) Обязательным условием реализации стратегии устойчивого развития является, не только доведение информации до подчиненных, но и обучение персонала ключевым компетенциям определения результативности качественных процессов по достижению долгосрочной цели.

4) Мониторинг и анализ процессов по ключевым показателям деятельности является залогом успеха реализации долгосрочной стратегии развития.

5) Для устранения часто повторяющихся конфликтов интересов на уровне стыковки различных внутренних процессов необходимо не только повышенное

внимание руководителей, но и внедрение организационных улучшений на базе внутреннего и внешнего бенчмаркинга. Подробнее этот процесс будет описан ниже.

Стратегия устойчивого развития медицинской организации ставит своей основной задачей достижение долгосрочной цели через ряд ключевых показателей деятельности. Для решения этой задачи необходимо постоянно улучшать различные процессы, в т. ч. и организационные, до достижения намеченного результата.

Поскольку медицинская услуга неотделима от специалиста, то особую роль в реализации долгосрочной стратегии развития отводится кадровой политике медицинской организации. Однако вектор устойчивого развития МО изменяет приоритет задач, поставленных перед кадровой службой.

Для достижения долгосрочной цели медицинской организации руководителям кадровых служб необходимо поддерживать в рабочем состоянии следующие виды деятельности:

1. Ключевые показатели деятельности организации (рисунок 5.4).
2. систематическое улучшение процессов организации (рисунок 5.5).
3. развитие сети обмена информацией как внутри, так и вне организации (рисунок 5.6)

Данный подход позволяет изменять формы, методы и принципы работы кадровой службы, расставлять приоритеты основных направлений деятельности, способствующей эффективному использованию кадровых ресурсов.

В новом поколении стандартов ГОСТ Р ИСО 9004-2019 указывается, что «персонал составляет значительный ресурс организации и его полное вовлечение повышает ее способности создавать ценности для заинтересованных сторон. Высшее руководство должно создавать и поддерживать общие взгляды, общие ценности и внутренние условия, в которых персонал может быть полностью вовлечен в достижение целей организации. Поскольку персонал является наиболее ценным и важным ресурсом, необходимо обеспечивать работников нормальной производственной средой, создавать благоприятные возможности для личностного роста, обучения, передачи знаний и совместной работы.



Рисунок 5.4 – Основные направления совершенствования кадровой политики в концепции устойчивого развития медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях (составлено автором)

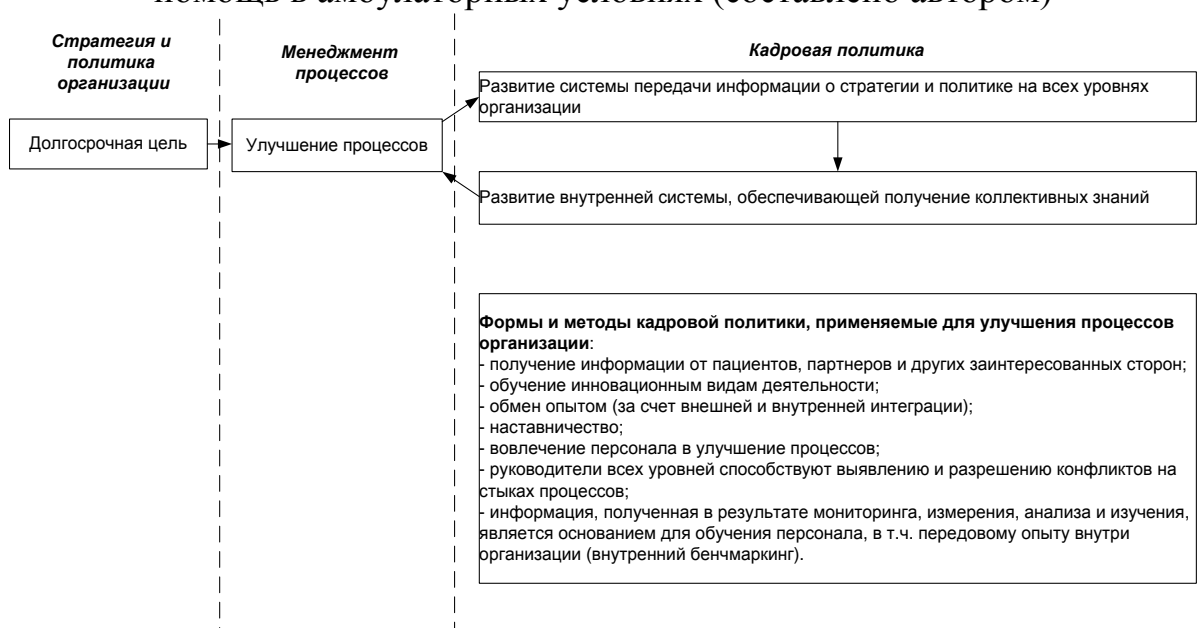


Рисунок 5.5 – Основные направления деятельности кадровой политики при реализации менеджмента процессов в медицинской организации (составлено автором)



Рисунок 5.6 – Основные направления деятельности кадровой политики при управлении улучшениями, инновациями и обучением в медицинской организации (составлено автором)

Управление персоналом должно быть плановым, прозрачным (открытым), на основе этических норм и социально ответственного подхода. Организация должна гарантировать, что персонал понимает важность своего вклада в достижение целей организации» [527].

Обратим внимание на тот факт, что если в версии ГОСТ Р ИСО 9001-2015 речь шла непосредственно о работе только с персоналом, обеспечивающим качество продукции, то в менеджменте устойчивого развития персонал вовлекается в достижение целей всей организации. В поликлинике для обеспечения качественной и своевременной услуги недостаточно, чтобы врачи и средний медицинский персонал просто квалифицированно выполняли свои должностные обязанности, почти на 80% результаты их работы зависят от организационного, финансового и материально-технического сопровождения. Для устойчивого развития организации важно, чтобы каждый сотрудник от врача до вспомогательного персонала понимал «важность своего вклада в достижение целей организации» и имел возможности для «личностного роста, обучения, передачи знаний и совместной работы».

В основном в МО определением уровня подготовки работников, организации их обучения, и оценке эффективности обучения занимаются

кадровые подразделения. Тем не менее, устойчивое развитие организации напрямую зависит от способности персонала применять полученные знания на практике, а оценить эффективность их практического применения может только руководитель подразделения. Поэтому именно руководитель должен определять уровень подготовки подчиненного, планирование обучения и давать оценку его результативности.

Кадровая политика, направленная на устойчивое развитие медицинской организации, позволяет достигать значительных результатов, используя новые комбинации таких известных принципов, форм и методов персонал-технологий, как: работа с резервом кадров; обучение руководителей всех уровней системе управления трудовыми ресурсами; подбор и подготовка молодых специалистов; аттестация работников; подготовка, переподготовка и повышение квалификации работников медицинской организации.

В настоящем исследовании обучение персонала вопросам устойчивого развития медицинской организации предполагается изучать с позиции интеграции медицинской организации с высшим учебным заведением в учебно-научно-медицинский комплекс.

Для реализации долгосрочной стратегии медицинской организации необходимы кадровые ресурсы различного уровня подготовки и специализации. Внутренний кадровый резерв медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, достаточно ограничен. Однако постоянно меняющиеся условия внешней среды требуют изменения уровня квалификации кадрового состава. В этой связи интеграция медицинской организации с вузом позволяет:

1. Создать внешний кадровый резерв, привлекаемый для реализации отдельных проектов медицинской организации.

2. Повышать квалификацию действующих сотрудников организации, как по базовым учебным программам, так и по индивидуальной траектории обучения, ориентированной на приобретение или совершенствование компетенций персонала, необходимых для достижения медицинской организацией долгосрочных стратегических целей.

3. Осуществлять концепцию непрерывного образования работников здравоохранения.

4. Осуществлять наставничество молодых специалистов и их адаптацию на рабочем месте.

Для реализации такого вида интеграции, между медицинской организацией и вузом заключается договор о сотрудничестве, в рамках которого проводится обучение специалистов со стороны медицинской организации. В свою очередь, МО является клинической базой для кафедр вуза. Проводимая в этих условиях подготовка студентов, ординаторов и слушателей последипломного этапа обучения позволяет повысить качество, практическую и научную направленность образовательных услуг.

В первой главе был описан опыт применения такой формы учебных фабрик, как «Фабрика процессов». В настоящее время идет активное обсуждение применения этой модели обучения при внедрении концепции бережливого производства в работу медицинских организаций.

Проводимый в настоящем исследовании экспертный опрос показал, что формирование профессиональной команды управленцев имеет первостепенное значение для устойчивого развития медицинской организации. Поэтому, по нашему мнению, целесообразно использовать «фабрику процессов» для проведения обучения, как основного, так и управленческого персонала вопросам устойчивого развития. Например, «фабрика процессов» позволяет проводить адаптацию новых специалистов при вступлении в должность.

Моделируя реальные процессы в учебной среде, возможно передать молодому специалисту информацию о целях, технологиях и особенностях работы подразделения, целях трудовой деятельности, ожидаемых результатах, ответственности, нормативных показателях, взаимозаменяемости между сотрудниками, корпоративной культуре, о наиболее распространенных ошибках в работе, штрафных санкциях за некачественное выполнение профессиональных обязанностей и многое другое.

Опытный специалист в процессе обучения совершенствует свои навыки, а также осваивает навыки по работе в смежных и вспомогательных процессах, что позволяет усилить внутриорганизационную интеграцию и снизить количество нестыковок между процессами в медицинской организации, предотвратить возможные конфликтные ситуации.

В случае, когда новый руководитель подразделения назначен из числа профессиональных работников коллектива, «фабрика процессов» позволит быстрее сформировать навыки управления процессами, и понять причинно-следственные связи между управленческими решениями и их последствиями. Это позитивно влияет на адаптацию руководителя на новом рабочем месте, повышает эффективность его личной работы и авторитет. Навыки и компетенции руководителей, которые, прежде всего, необходимо тренировать на учебных фабриках – это быстрое принятие решений, основанных на фактах; а также быстрое решение типовых задач в области организации процессов.

Логика совершенствования деятельности медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, на современном этапе развития здравоохранения, неумолимо требует более тесной связи процессов обучения управленческого персонала и процессов организационных изменений. Достижение высоких результатов деятельности МО невозможно без повышения эффективности работы на всех уровнях медицинской организации. Главными препятствиями, мешающими достижению более высоких целей, являются не только недостаточный уровень профессиональной подготовки управленческого персонала, но и традиционные подходы к работе на различных уровнях управления.

Решение этих задач лежит в активизации процессов менеджмента устойчивого развития медицинских организаций. В связи с этим управленческому персоналу поликлиники необходима подготовка, которая позволит получить компетенции по управлению организационными изменениями, внедрению инноваций, мониторингу и оценке деятельности

организации для достижения целей, заявленных в дорожной карте и стратегии устойчивого развития.

С целью описания модели интеграции образовательной деятельности в условиях учебной фабрики для руководителей медицинской организации, был проведен анализ их взаимодействия по ключевым направлениям устойчивого развития организации.

Стратегия и политика. Успешная реализация стратегии и политики поликлиники многом зависит от того, в какой степени персонал осведомлен о стратегии медицинской организации, насколько он заинтересован в работе по ее реализации и подготовлен к ней.

Обучение персонала – одно из приоритетных направлений кадровой политики, если высшее руководство осознает, что реализация программ развития здравоохранения требует более высокого уровня профессиональной подготовки всех категорий работников.

Проводимая на учебной фабрике оценка руководящего персонала становится самостоятельным инструментом управления, который направлен на достижение целей организации, реализацию стратегии устойчивого развития, а также повышением эффективности деятельности организации по основным направлениям.

Менеджмент устойчивого развития. В современной повседневной практике менеджера, будь то заведующий подразделением или главный врач, существуют сжатые сроки на выполнение конкретных действий, и тратить несколько месяцев, а то и лет, на обучение не представляется возможным. Однако эффективные управленцы как никто другой нуждаются в специальных знаниях и навыках, а также они обязаны обладать способностями адаптации к изменениям внешней среды. Менеджмент устойчивого развития предполагает работу с рисками при достижении долгосрочной цели.

Обучение у менеджеров – это изменение поведения, которое происходит в результате накопления опыта. При обучении на учебной фабрике «опытом» может быть наблюдение за другими людьми, ощущение последствий

собственного поведения и видимые результаты принятых решений. В обучении на учебной фабрике цикл «конкретный опыт – осмысление – построение абстрактных концепций – проверка собственного опыта» проходит интенсивнее, так как осуществляется поддержка консультантом или тренером.

На «фабрике» нет классического педагога – усвоить практические навыки обучающийся должен на собственном опыте. В этом случае консультант будет способствовать только переосмыслению опыта, полученного в процессе обучения, а тренер наблюдать за процессом обучения и корректировать навыки для получения лучшего результата. Роль консультанта и тренера может выполнять один и тот же человек. Все зависит от базовой подготовки обучающегося и исходной ситуационной задачи.

Менеджмент процессов. Обучение управленческого персонала оказывает влияние на результаты всех процессов медицинской организации. На учебной фабрике обучают специалистов функциональным навыкам, важно не только рассказать руководителю о том, что он должен делать при осуществлении того или иного процесса, но и показать, как он должен выполнять эту работу.

Для развития и закрепления навыков необходимыми условиями на учебной фабрике являются практика и упражнения. Освоение необходимых профессиональных навыков выполнения как простых, так и сложных операций, входящих в компетенцию менеджера по устойчивому развитию, предполагает и знакомство с правильным выполнением тех или иных действий, так и своевременную обратную связь, а также подкрепление со стороны наставника-консультанта или тренера.

Менеджмент ресурсов. Самым важным ресурсом при реализации стратегии устойчивого развития организации является персонал. С помощью обучения руководитель повышает потенциал человеческих ресурсов и оказывает влияние на формирование организационной культуры. Занятия на учебной фабрике позволяют передать обучающемуся важную информацию о медицинской организации, закрепить желательные образцы поведения и повысить степень приверженности персонала своей организации.

Современные подходы к управлению организациями основываются на том, что профессиональный менеджер рассматривается в качестве ключевого фактора, определяющего эффективность использования всех остальных ресурсов. Как показывает опыт наиболее успешных компаний мира, инвестиции в квалифицированных сотрудников, создание условий для роста работников и повышение их профессионального потенциала дают в 2–3 раза более высокую отдачу, чем средства, направленные на решение других задач.

Мониторинг, измерение, анализ и изучение. Учебная фабрика позволяет проводить оценку навыкам руководителей в решении вопросов, моделируемых с помощью ситуационных задач, что может быть полезно при проведении аттестации сотрудников, формировании кадрового резерва и построении профессиональной карьерной траектории специалиста. При этом оценка персонала должна проводиться регулярно и включать оценку результатов труда, навыков работника в соответствии с целями и задачами деятельности в организации.

Улучшение, инновации и обучение. Необходимость быстрых организационных изменений и смены принципов управления в условиях модернизации здравоохранения – все это предполагает рост производительности труда медицинского персонала, повышение качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов.

Без проведения соответствующего обучения руководителей трудно рассчитывать на заинтересованную поддержку изменений со стороны всей системы управления в целом. Хорошо организованное, тщательно продуманное и вовремя проведенное обучение руководителей менеджменту устойчивого развития способно преодолеть сопротивление персонала и обеспечить успех проводимых изменений.

Кроме того, учебная фабрика позволяет: формировать и отрабатывать до автоматизма навыки управления организацией на основе бережливого производства, в различных ситуациях принципов, способности быстро принимать решение и прогнозировать результаты в условиях, приближенных к реальным; ускорить

усвоение практических навыков у руководителей медицинских организаций за счет решения ситуационных задач в условиях, имитирующих «рабочее место руководителя»; осуществлять индивидуальную траекторию обучения, в зависимости от профессиональных навыков каждого слушателя и требуемого набора новых профессиональных компетенций; повышается заинтересованность и вовлеченность слушателя в процесс обучения, что увеличивает вероятность освоения новых компетенций и повышает процент остаточных знаний после освоения программы курса; имитировать рабочее место и развивать компетенции специалиста в зависимости от реальных потребностей организации в настоящее время.

Организационные изменения позволяют МО адаптироваться при постоянном изменении внешней среды. В обучающейся организации все руководители участвуют в идентификации и решении проблем, что дает ей возможность постоянно экспериментировать, изменяться и совершенствоваться, а значит, развивать способности к росту, обучению и достижению поставленных целей. В этом случае учебная фабрика является рабочим инструментом совершенствования процессов, оттачивания командной работы и совершенствования менеджмента устойчивого развития.

Таким образом, обучение на учебной фабрике позволяет: снижать конфликты в коллективе, создавать благоприятные социально-психологические отношения между сотрудниками, руководителями и подчиненными; стимулировать работу управленческого персонала; получать достоверную информацию об уровне профессионального развития персонала за счет его оценки; наблюдать динамику изменения оцениваемых показателей, проводить сравнения по группам должностей и структурным подразделениям

Социологическое и экспертное исследования показали, что в настоящее время внедрение организационных изменений необходимо МО. Более того, в устойчиво развивающихся медицинских организациях улучшения и инновации внедряются в два раза чаще, чем в МО, имеющие средние показатели развития.

В условиях постоянного изменения внешней среды организационные изменения становятся неотъемлемой частью менеджмента устойчивого развития (рисунок 5.7).

Все организационные изменения проводятся по двум направлениям: улучшение и инновации. При внедрении организационных улучшений проводятся в рамках действующей структуры, часто такая деятельность не требует значительных затрат ресурсов и осуществляется в рамках процессного подхода. При внедрении организационных инноваций, которые представляют собой реструктуризацию, т. е. замену отдельных элементов структуры или всей структуры на новую, достигается наибольшая эффективность, но такая реорганизация нуждается в значительных затратах ресурсов и реализуется на основе проектного подхода.



Рисунок 5.7 – Виды организационных изменений, применительно к концепции устойчивого развития

Для сокращения возможных потерь ресурсов создается группа бенчмаркинга, которая проводит предварительные исследования целесообразности внедрения организационных изменений на опыте других МО. Подробнее этот вид деятельности будет описан ниже.

Развитие системы здравоохранения и постоянно изменяющиеся условия внешней среды требуют от медицинской организации, оказывающей помощь в

амбулаторных условиях, корректировки внутренних процессов. Такая работа нуждается в системном подходе и улучшении, не только изменяемого процесса, но и, взаимосвязанных с ним, видов деятельности.

Поэтому медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, необходим инструмент, позволяющий внедрить организационные изменения без длительной перестройки работы организации. Таким инструментом в нашем исследовании выступает проектное управление.

Проектное управление возможно применить во многих направлениях деятельности медицинской организации: риск-менеджмент, бенчмаркинг, бережливая медицина, проведение организационных изменений, мониторинг и анализ деятельности МО. Однако в настоящей работе будет продемонстрирован этот инструмент на системе контроля качества оказания медицинских услуг как виду деятельности, наиболее подтвержденному изменению нормативных требований.

Деятельность по контролю качества включает в себя наблюдение и корректировку сразу нескольких процессов – от основного, лечебно-диагностического, до вспомогательных, т. е. внедрение организационных изменений будет осуществляться сразу в несколько взаимосвязанных проектов (пакет проектов), учитывая их влияние друг на друга, что повышает эффективность планирования ресурсного обеспечения, и качественных результатов внедрения изменений. Роль проектного офиса в этом случае будет выполнять группа менеджмента устойчивого развития.

Проектная группа – это группа сотрудников, действующая в рамках устава, миссии и стратегии медицинской организации, общих процедур финансового менеджмента, однако имеющая высокую степень самостоятельности в выборе методов решения поставленных задач. Контроль деятельности такой группы проводится не на основе оценки процесса, а по результатам работы. Проектная группа создается с целью анализа организационного механизма контроля качества в МО, и внедрения новой, адаптированной к нормативно-правовым изменениям модели (рисунок 5.8).

Цель создания проектной группы состоит в отработке новых принципов и подходов к совершенствованию качества оказания медицинских услуг. Причем на различных этапах работы в группу могут входить, помимо основного состава, эксперты различной профессиональной специализации: врачи, юристы, экономисты, кадровики и др. В состав проектной группы «Совершенствование системы внутреннего контроля качества медицинской организации» входят (рисунок 5.9): руководитель проекта (зам. главного врача по медицинской части, по качеству); 3–4 человека команды проектной группы (заведующие профильных отделений, ключевые специалисты, привлеченные эксперты и др.).



Рисунок 5.8 – Общая модель работы проектной группы по качеству в медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях

Состав проектной группы определяется, прежде всего, потребностями решения поставленной задачи. Отношения между членами группы, как правило, основаны на неформальном лидерстве и уважении к компетенциям. Руководителю организации важно понимать, что работа такой проектной группы контроля качества эффективна только при тесной интеграции не только между подразделениями, но и с внешней средой организации: страховыми компаниями, фондом ОМС территории, региональным Министерством здравоохранения и др.

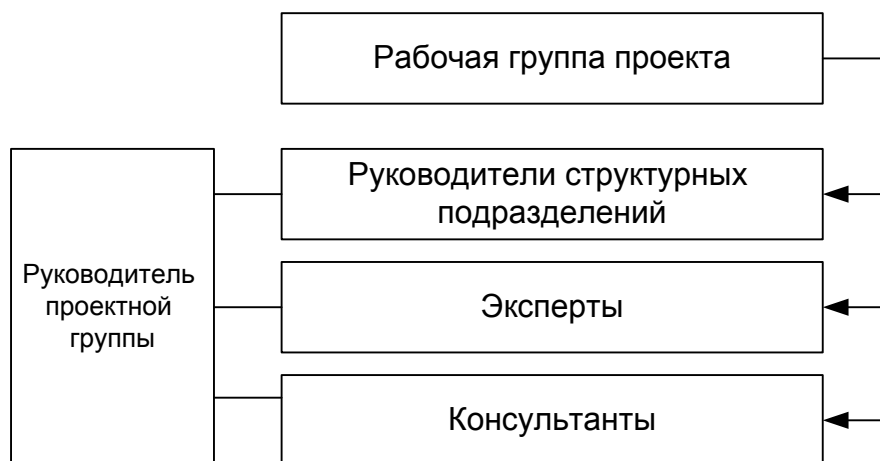


Рисунок 5.9 – Состав рабочей группы проекта

Таким образом, проектное управление позволяет проводить организационные улучшения в области качества с минимальным использованием ресурсов, и при этом достигать значительной эффективности внутренних процессов медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях. Применение проектного управления затрагивает ключевые направления деятельности МО, способствующие достижению качественных показателей его развития.

В настоящее время, когда в медицинской организации возникают проблемы с качеством оказания медицинской помощи, штрафные санкции достигают внушительных размеров и при ограниченном времени и ресурсах, необходимы улучшения «прямо сейчас», целесообразность очередного долгосрочного улучшения организационных процессов ставится под сомнение.

Тем не менее, принципы управления рядом проектов позволяют руководителям, с одной стороны, концентрироваться на решении краткосрочных задач и одновременно принимать долговременные решения, а с другой стороны, делать подготовительную работу по решению более стратегических задач, ориентированных на устойчивое развитие медицинской организации (рисунок – 5.10).

Долговременные решения должны быть нацелены на повышение результативности проектной деятельности, приводящей к устойчивому развитию организации.

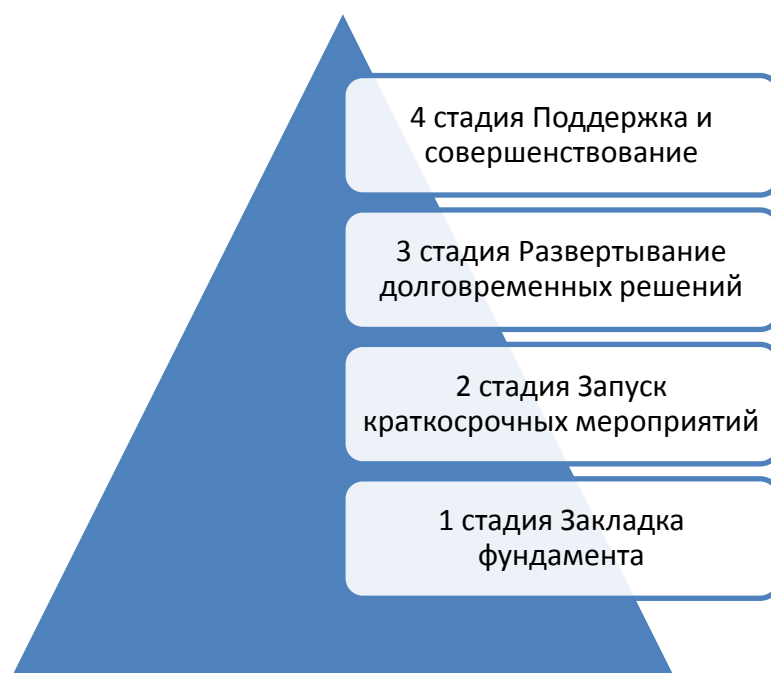


Рисунок 5.10 – Стадии проектного управления в медицинской организации

Стадия 1 – закладка фундамента. На этой стадии проводится анализ текущего состояния системы контроля качества организации, определяются актуальные задачи и долгосрочные цели. Проводится несколько совещаний основных участников системы контроля качества (заведующих отделениями, заместителей главного врача по качеству, по лечебной работе, специалистов вспомогательных служб и т. д.) для выявления текущих возможностей, трудностей, вопросов и задач. На основе данных совещаний создается отчет по текущему состоянию системы качества медицинской организации, модель будущей системы качества, а также план развития с рекомендуемыми краткосрочными и долгосрочными проектами. В заключение данной стадии обозначаются функциональные группы пилотных проектов, назначаются руководители, проводятся программы внутреннего обучения, а также формируется стратегия взаимодействия между участниками проектов.

Стадия 2 – запуск краткосрочных проектов. На этой стадии необходимо проинформировать организацию о целях и задачах проектной группы в части улучшения качества медицинского обслуживания, а также осуществить подбор персонала под решение ближайших задач. Поскольку проектная группа работает в условиях необходимости быстрого решения вопросов контроля качества медицинских услуг, концентрация усилий, прежде всего, идет на решение

актуальных задач и вопросов: составления перечня краткосрочных проектов; курирование проектов в кризисном состоянии (низкая удовлетворенность пациентов, нарушение документооборота, конфликты между подразделениями и др.); внедрение методологии управления проектами; изучение текущего состояния (как есть?) реализуемых проектов с формированием отчетных докладов; формирование новых проектов; определение и запуск одного или нескольких пилотных проектов; разработка типовых форм основных и вспомогательных процессов. Признаком окончания данной фазы является запуск основных краткосрочных проектов.

Стадия 3 – развертывание долговременных решений. Результатом работы на данной стадии будет всестороннее улучшение и ускорение процессов, обучение персонала и организация стабильной работы каждого проекта. Система контроля качества демонстрирует позитивную динамику и можно запускать долгосрочные проекты. Важно на этой стадии поддерживать темп организационных улучшений, несмотря на полученные результаты. Развертывание долговременных решений относится к компетенции менеджеров, отвечающих за устойчивое развитие организации, поэтому необходимо соотнести результаты данной стадии с ключевыми показателями эффективности медицинской организации в целом: разработать сбалансированную систему показателей оценки качества оказания медицинской помощи населению; встроить индикаторы качества оказания медицинской помощи в показатели долгосрочного развития организации; разработать программы внутриорганизационного обучения медицинских кадров; разработать траекторию повышения профессиональной компетентности сотрудников службы управления качеством медицинской организации. На данной стадии достигается широкомасштабное развертывание стратегии улучшения качества оказания медицинской помощи.

Стадия 4 – Поддержка и совершенствование. На данной стадии проектная группа внедряет систему постоянных организационных изменений, которые являются частью корпоративной культуры организации. Поскольку нормативно-правовые требования в области качества оказания медицинской помощи

постоянно совершенствуются, то организационные изменения продолжают внедряться в соответствии с потребностью внешней среды.

Проектный подход к совершенствованию качества оказания медицинской помощи применим, когда уже выстроена система менеджмента качества в организации, но есть необходимость продолжать организационные изменения, адаптируя организацию к воздействию внешней среды, а также на короткий период при внедрении новой медицинской услуги в работу МО.

Организационные изменения являются частью внутренней среды устойчиво развивающейся медицинской организации, поэтому, не смотря на высокий уровень качества, в таких организациях система контроля качества продолжает совершенствоваться.

В целом применение проектного подхода ведет к повышению потенциала устойчивости развития организации как в МО с низким уровнем качества оказания медицинской помощи, так и уже применяющих процессный и системный подход (рисунок 5.11).

Результаты социологического исследования и экспертного опроса показали высокий уровень потенциала устойчивости среди организаций, внедряющих элементы системы менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, так как для достижения цели –повышения качества оказания медицинской помощи – необходима сильная внутренняя интеграция всех процессов (рисунок 5.12).

Предложенная авторская модель представляет собой обобщение ряда проектов, взаимосвязанных между собой в единую систему, способствующую улучшению показателей качества оказания медицинской помощи посредством: улучшения структурного качества (определения качества специалистов, лекарственных средств, изделий медицинского назначения); улучшения процессов мониторинга и анализа качества оказания медицинской помощи, через выявление несоответствий критериев качества и результатов оказания медицинской помощи; разработки и внедрения программ организационных улучшений и инноваций, а также обучения персонала.

ВЕКТОР КАЧЕСТВА



Рисунок 5.11 – Вектор качества в устойчиво развивающейся медицинской организации (авторский подход)

Таким образом, представленная модель позволяет не только повышать качество оказания медицинской помощи пациентам, но и способствует устойчивому развитию медицинской организации, оказывающей ПМСП населению.

Одной из актуальных организационных инноваций, получившей широкое распространение в настоящее время, является модель бережливой медицины, ее принципы органично интегрируются с концепцией устойчивого развития, способствуя оптимизации процессов и ресурсного обеспечения для достижения доступности медицинской помощи (рисунок 5.13).

Стратегия и политика. Модель бережливого производства расставляет приоритеты в стратегии и политике медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, на таких параметрах как ценность для потребителя, оптимальной логистики передвижения пациентов при оказании медицинской услуги, комфортной среде в организации, а не только повышению качества и доступности медицинской помощи.

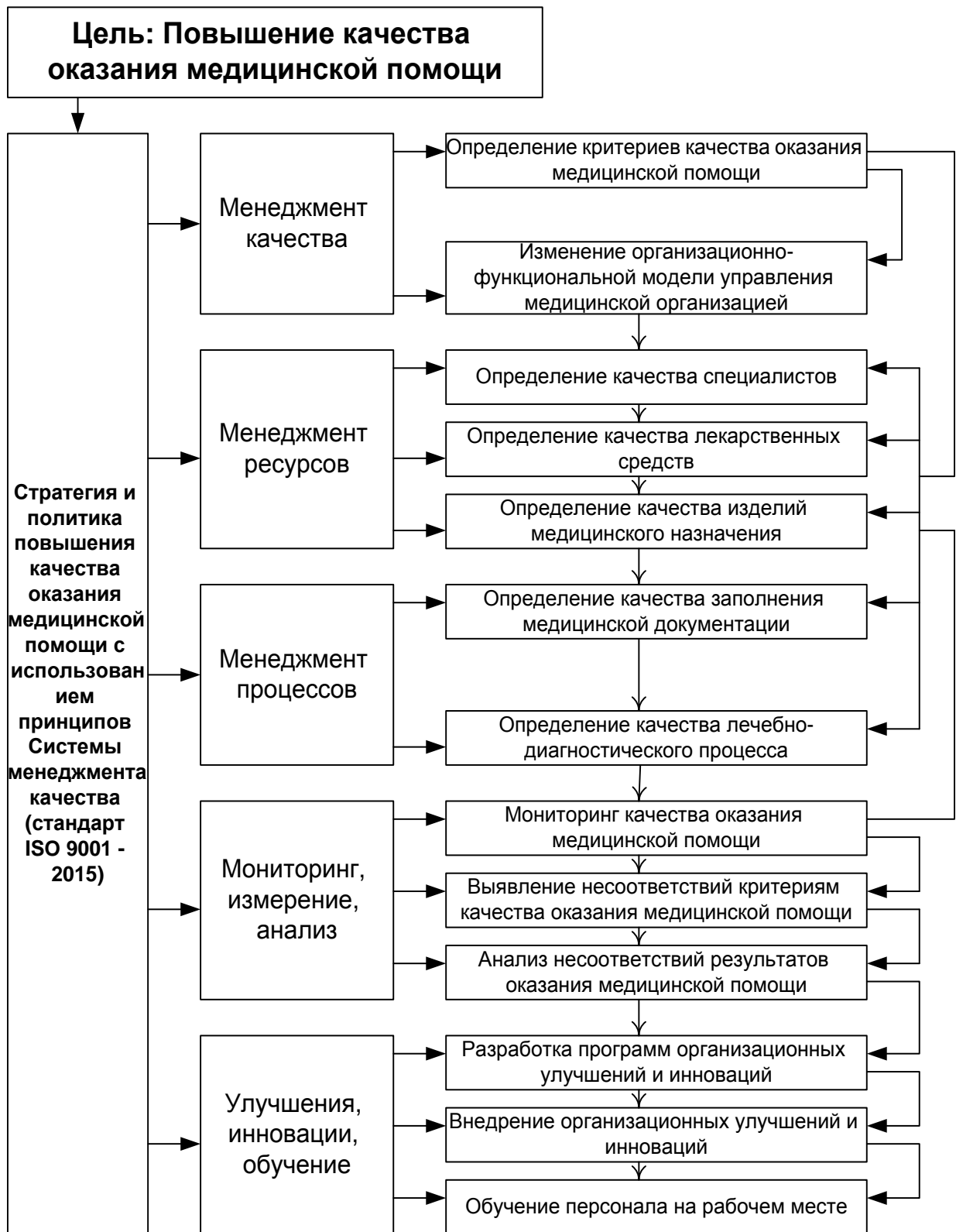


Рисунок 5.12 – Организационно-функциональная модель системы менеджмента качества медицинской организации стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015

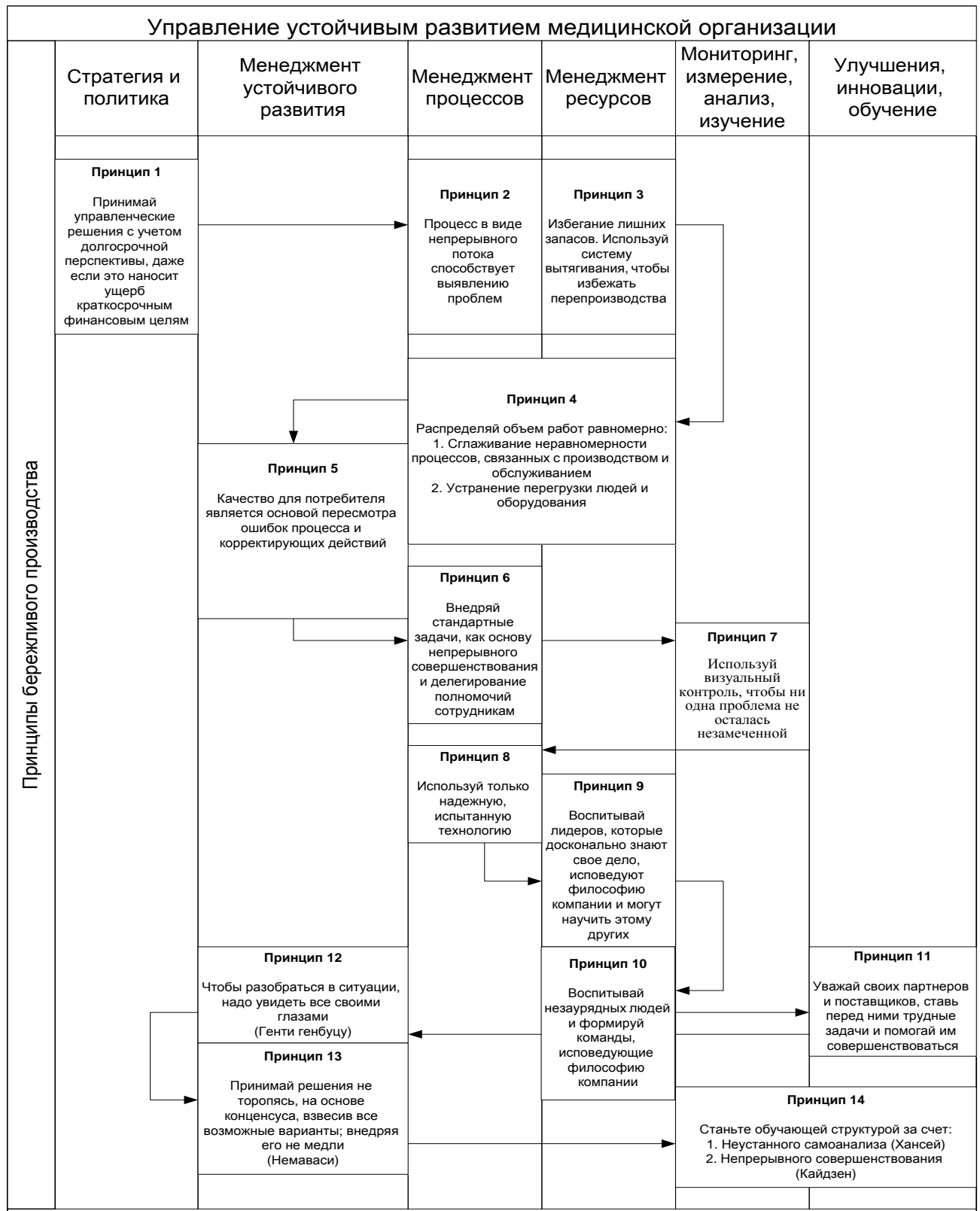


Рисунок 5.13 – Интеграция принципов бережливого производства и концепции устойчивого развития организации (авторский подход)

Менеджмент устойчивого развития. Для того, чтобы проектные группы совершенствовали процессы поликлиники в одном направлении, необходимо доведение стратегических целей медицинской организации до каждого

исполнителя, и формирование организационной культуры устойчивого развития МО, которая должна быть направлена на то, что движение к главной цели важнее, чем сиюминутное получение результата. Достижение долгосрочной цели – ценности для пациента – не может быть реализовано без таких показателей, как ценность вводимых изменений для персонала и организации в целом.

Менеджмент процессов в бережливой поликлинике ставит своей целью непрерывное совершенствование деятельности организации, состыковку процессов не только лечебно-диагностического блока, но и вспомогательных процессов между собой. Достижение устойчивости развития поликлиники возможно в том случае, когда процесс выстраивается от подготовки к визиту пациента, до оплаты законченного случая.

Менеджмент ресурсов включает в себя управление процессом оптимизации ресурсного обеспечения от формирования заявки до получения конкретным потребителем точно в срок.

Мониторинг, измерение, анализ и изучение. Для принятия управленческих решений, руководителям поликлиники недостаточно сведений из годовых или месячных отчетов, необходимо визуальное управление процессами в режиме реального времени. Одним из инструментов, позволяющим осуществлять наиболее точное мониторинговое наблюдение деятельности организации, является инфоцентр, который дает достоверную текущую информацию руководителям различного уровня и подчиненным, позволяя принимать оперативные решения, корректировать действия, устранять потери, а также разрабатывать меры по предупреждению повторения ошибок.

Улучшение, инновации и обучение, как правило, уже лежат в основе лучшего опыта самой медицинской организации или организаций партнеров, поэтому разрабатывая целевое состояние улучшаемого процесса, необходимо провести исследовательскую работу и обучиться лучшему опыту. Но, прежде чем внедрять опыт других подразделений, следует провести испытание в реальных условиях. Если улучшенный вариант работы стал предсказуемым, то такой опыт и зарекомендовавшие себя технологии можно распространять на другие процессы.

Для совершенствования эффективности особо масштабных процессов, в которых задействованы несколько подразделений, формируются межфункциональные группы, которые за счет интеграции повышают качество и эффективность деятельности, как отдельных процессов, так и организации в целом.

Все поликлиники работают в едином нормативно-правовом поле, но у каждой медицинской организации есть своя корпоративная культура, сложившиеся отношения, авторитеты и традиции в организации процессов, поэтому кроме планового повышения квалификации, сотрудникам необходимо обучение на рабочем месте, особенно в период внедрения и адаптации усовершенствованных процессов в работе медицинской организации.

Постоянно изменяющиеся условия внешней среды требуют от медицинской организации не только непрерывных улучшений своей деятельности, но и мониторингование рисков, которые могут оказывать влияние на внутренние процессы организации. Для нивелирования как прямого, так и косвенного воздействия факторов риска на основную деятельность, МО необходима внешняя интеграция, не только с поставщиками, партнерами и заинтересованными сторонами, но и с государственными структурами, осуществляющими контроль за деятельностью медицинских организаций (рисунок 5.14).

В результате внешней интеграции снижаются потенциальные риски за счет своевременного получения информации об изменении требований внешней среды (законодательных требований, стратегии и политики системы здравоохранения и др.), выстраивания процессов с поставщиками и партнерами, выстраивания эффективной экономической политики, снижения штрафных санкций, повышения эффективности преемственности и качества оказания медицинской помощи, выстраивания эффективной кадровой политики и др. С нашей точки зрения, тема эффективной интеграции медицинской организации весьма глубока и может служить основой дополнительных научных исследований в этой области, поэтому подробно мы на этом останавливаться не будем. В настоящей

работе целесообразно сделать акцент на внутренних процессах организации, способствующих предотвращению рисков, влияющих на лечебно-диагностические процессы, в рамках менеджмента устойчивого развития.



Рисунок 5.14 – Внешняя интеграция современной медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях

Чем больше времени проходит между прямым воздействием фактора риска и его последствиями, тем больше возможностей у высшего руководства МО провести предупреждающие мероприятия по устранению влияния фактора на эффективность работы организации. Поэтому интеграция с поставщиками и партнерами, и изучение их потребностей и ожиданий являются необходимым условием для перемещения зоны риска во внешнюю среду, и устранения влияния нежелательных воздействий на деятельность медицинской организации.

Кроме того, целесообразно привлекать поставщиков и партнеров к участию в разработке планов, корректирующих и предупреждающих мероприятий по снижению рисков воздействия факторов внешней среды на медицинскую организацию, и проводить собственные корректирующие и предупреждающие мероприятия с учетом потребностей заинтересованных сторон (рисунок 5.15).



Рисунок 5.15 – Интеграция внутренних процессов медицинской организации с деятельностью поставщиков и партнеров для предотвращения потенциальных рисков воздействия внешней среды

Таким образом, процессы интеграции медицинской организации с поставщиками и партнерами способствуют: снижению рисков воздействия факторов внешней среды на устойчивость развития медицинской организации; повышают эффективность внутренних процессов организации; позволяют снизить расходы ресурсного обеспечения МО за счет делегирования выполнения части вспомогательных процессов организациям партнерам (аутсорсинг клининговых услуг, услуг по охране объектов медицинской организации, транспортных услуг и т. д.).

В целом работа по устранению влияния факторов риска на устойчивость развития организации, решается с использованием инструментов, проектного управления. В этом случае проводится анализ влияния факторов риска не только

на основную деятельность организации, но также и на стратегию устойчивого развития МО. Для достижения долгосрочных целей организации важно оценить степень влияния фактора риска на устойчивость развития, и разработать типовой план мероприятий по предотвращению подобных рисков, а также общий план деятельности по анализу факторов риска в условиях внешней интеграции, который изображен на рисунке 5.16.

В последние годы интенсивного развития системы здравоохранения осуществляются организационные изменения в работе медицинских организаций в нашей стране. Повышение удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинской помощи невозможны только благодаря материально-техническому и кадровому обеспечению отрасли. Необходим комплекс мер, которые позволят эффективно использовать ресурсы, и в то же время обеспечат устойчивое развитие медицинских организаций.

Система управления МО претерпевает значительные изменения, благодаря постоянному совершенствованию нормативно-правовой базы и новым требованиям социально-экономической среды, поэтому в МО необходимо внедрение системы постоянного улучшения.

С целью непрерывного улучшения работы отдельных бизнес процессов и всей организации в целом международные компании различных отраслей используют технологию бенчмаркинга. В ее основе лежит использование лучшего (передового) опыта для совершенствования деятельности организации. Для реализации технологии бенчмаркинга важно понимать, какие ключевые показатели бизнес процессов необходимо изменить для достижения долгосрочных целей организации.

Авторская модель улучшения работы организации, посредством технологии бенчмаркинга, представлена на рисунке 5.17.

На первоначальном этапе руководитель определяет задачу, способствующую устойчивому развитию организации, и согласованную со стратегией и политикой МО.

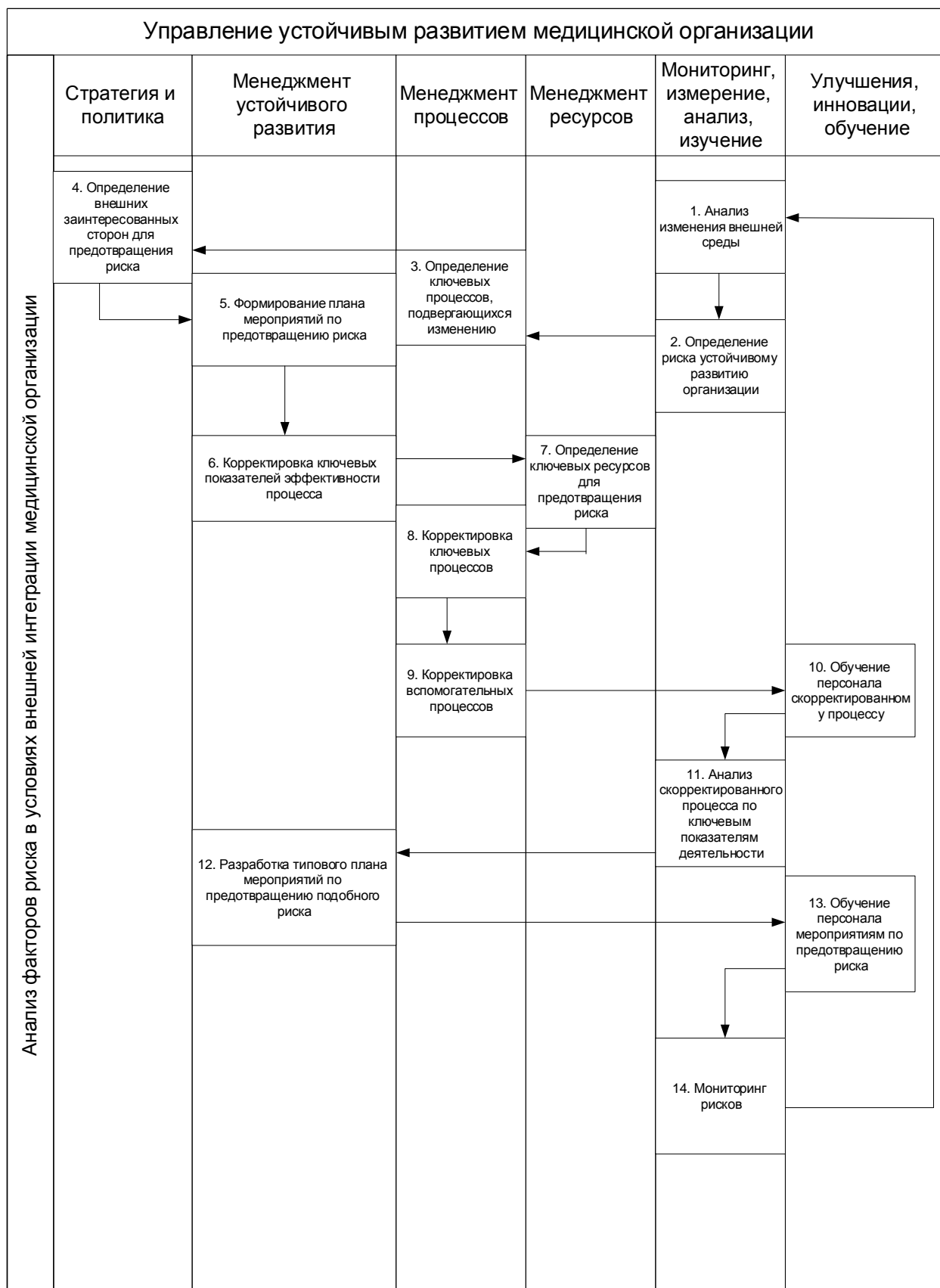


Рисунок 5.16 – Анализ факторов риска в условиях внешней интеграции медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях (авторский подход)



Рисунок 5.17 – Модель улучшения работы процессов, посредством технологии бенчмаркинга, для повышения устойчивого развития медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях (авторский подход)

Поскольку осуществление улучшений организационных процессов требует детальной проработки, создается группа специалистов, занимающаяся внедрением улучшений по принципу проектного управления, описанного ранее. В этом случае руководитель имеет возможность осуществлять организационные изменения без ущерба для основной деятельности медицинской организации.

Для успешного проведения бенчмаркинга, высшее руководство не только поддерживает изменения в организации, но и инициирует ряд организационных улучшений, способствующих постоянному мониторингу и анализу деятельности медицинской организации для исключения не эффективных процессов и заменой их технологиями, демонстрирующими лучшие достижения.

На втором этапе происходит исследование основных процессов, способствующих достижению долгосрочной цели организации и определение ключевых показателей результативности процессов, которые будут служить индикатором успешности их реализации.

Одновременно улучшить все направления деятельности МО не представляется возможным. Поэтому для определения объекта бенчмаркинга обращается внимание на те процессы, низкая эффективность которых более всего препятствует устойчивому развитию медицинской организации. Разработчики нового процесса четко определяют желаемые количественные и качественные ключевые показатели деятельности, а также круг сопутствующих процессов, оказывающих влияние на результаты деятельности. Подробное изучение собственной деятельности организации позволяет более эффективно реализовывать следующий этап бенчмаркингового процесса.

На третьем этапе происходит изучение лучшего опыта организаций-партнеров. Это могут быть как медицинские организации, так и организации немедицинского профиля. Выбор зависит от схожести процессов. Например, для внедрения усовершенствований в лечебно-диагностический процесс целесообразно использовать опыт ведущих медицинских организаций, а организационные инновации вспомогательных процессов (маркетинг, экономическая деятельность, работа с поставщиками расходных материалов и оборудования и т. д.) вполне сопоставимы с опытом организаций других отраслей (промышленных предприятий, торговли, службы сервиса и т. д.).

В качестве образцов лучшего опыта берутся наиболее эффективные, результативные и экономичные методы работы. Однако для их внедрения необходимы улучшения не только одного бизнес-процесса, но и изменения, связанных с ним, сопутствующих процессов, в противном случае, произойдет рассогласование действий различных подразделений и ухудшение работы организации. Поэтому особое внимание руководителя направлено на адаптацию лучшего опыта в рамках действующей организационной структуры МО.

В этом ключе специалисты международного уровня по применению технологии бенчмаркинга для развития организации, упомянутые в первой главе, рекомендуют проводить эталонные сравнения не с лучшей организацией отрасли, а с организацией аналогичного уровня, более успешно достигшей результатов по сопоставимым ключевым показателям деятельности. Это позволяет более

эффективно достигать поставленной цели и в то же время обеспечивает индивидуальную траекторию развития организации.

Кроме опыта организаций-партнеров, особое внимание заслуживает опыт собственных подразделений. При мониторинге и анализе деятельности организации выделяется и изучается опыт тех структур, которые наиболее успешно достигают результативности процессов по ключевым показателям деятельности. В этом случае технология управленческого процесса вполне применима для работы других подразделений собственной медицинской организации. Кроме того, самые лучшие результаты можно получить от изучения опыта внутри организации, чем от внешних источников, так как с коллегами можно обмениваться конфиденциальной информацией, которой вряд ли поделятся организации-партнеры.

Исследование собственной деятельности медицинской организации заканчивается разработкой плана сбора внешней информации, а также определением возможных партнеров по бенчмаркингу.

Для успешной работы на четвертом этапе процесса бенчмаркинга необходима интеграция с организацией-партнером. Поскольку на данном этапе необходимо не только знать результат достижения ключевых показателей деятельности, но и иметь доступ к знаниям, опыту и информации по технологии осуществления необходимых процессов, то, прежде чем заключать соглашение о сотрудничестве в проведении бенчмаркинга, разработчики нового бизнес процесса собирают сведения об организации-партнере из внешних источников: изучение официально опубликованной информации об объекте бенчмаркинга, в том числе данные отчетов, научные труды, статистические данные и т. д.; стажировки квалифицированных специалистов в организации-партнеры, которые осуществляются при помощи обучающих программ высших учебных заведений; организация совместных научно-практических мероприятий, посвященных изучаемому вопросу; участие в проведении научных исследований по проекту, в т. ч. интеграция с научно-исследовательским институтом, осуществляющим

разработку аналогичных проектов; привлечение экспертов для консультации по проблеме, требующей решения.

Цель данных мероприятий – детализация возможных организационных механизмов улучшения деятельности объекта бенчмаркинга. Не исключено, что на этом этапе будет найдено решение, способное изменить бизнес-процесс и достичь ключевых показателей деятельности. Если такого результата достигнуть не удалось, то детальная проработка внешних источников позволяет уточнить список возможных организаций-партнеров.

При анализе информации от организации-партнера рабочая группа проекта обращает внимание на принципиальные расхождения с собственными аналогичными показателями, так как каждое такое расхождение предоставляет потенциальную возможность к улучшению результативности процесса. Группа специалистов проекта по каждому расхождению проводит сопоставительный анализ и определяет причины отличий и корректирующие действия.

На пятом этапе процесса бенчмаркинга происходит адаптация лучшего опыта к особенностям собственной медицинской организации, для чего определяется организационный механизм внедрения необходимых корректирующих действий.

Корректирующие действия – это план действий, который включает методы улучшений процессов с использованием информации, полученной в ходе бенчмаркинга. Корректирующий план действий разрабатывается специалистами группы, проводящей бенчмаркинг совместно с руководителями подразделений, в которых внедряется новый бизнес-процесс, с обязательным участием менеджеров, отвечающих за устойчивое развитие организации (рисунок 5.18).

Корректирующий план действий содержит: организационные технологии внедрения изменений; необходимое ресурсное обеспечение; список основных и сопутствующих бизнес процессов; список основных участников организационных изменений; план повышения квалификации сотрудников по эффективной работе нового организационного процесса; планируемые ключевые показатели эффективности нового и сопутствующих бизнес процессов; план

управления организационными изменениями, который минимизирует сопротивление сотрудников изменениям и подготовит организацию к готовности принять решение о будущем состоянии; финансовый план организационных изменений и источники финансирования; план последовательности внедрения изменений и т. д.

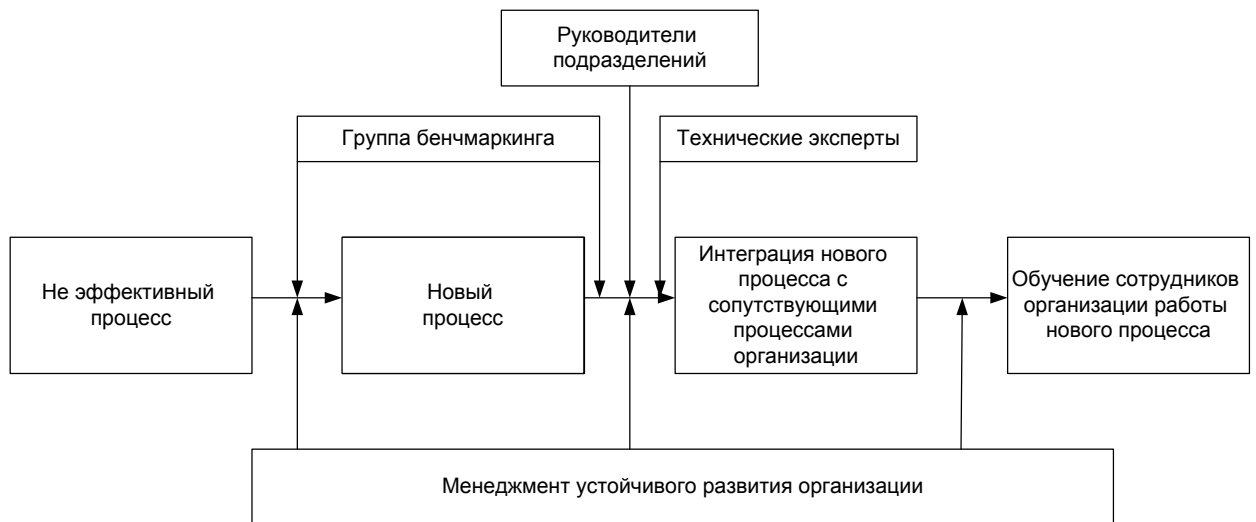


Рисунок 5.18 – Организационно-функциональная модель внедрения нового процесса в работу организации (авторский подход)

В силу того, что внедрение изменений влияет на работу организации в целом, то на шестом этапе проводится мониторинг и анализ эффективности деятельности по ключевым показателям в течение длительного промежутка времени.

Так, в одном случае покупка нового современного диагностического оборудования может дать ощутимые результаты в ближайшее время – повысится доступность и качество диагностических услуг, сократится очередь ожидания услуги, повысится эффективность работы специалиста, снизятся нормы времени на одного пациента, оптимизируется штатная численность диагностического отделения и т. д. В процессе мониторинга и анализа деятельности медицинской организации выявится целый ряд изменений, который, в свою очередь, повлечет за собой внедрение новых организационных изменений.

В другом случае, несмотря на затраченные усилия, эффект от внедрения изменений не очевиден сразу, и только через некоторое время будет получен

положительный результат. Например, разработка ключевых показателей деятельности персонала организации, включающие проведение хронометража рабочего времени специалистов, разработка ключевых показателей деятельности подразделений, формирование стимулирующей системы оплаты труда работников и т. д. Такие процессы длительны по времени и масштабности работы, однако позитивно влияют на реализацию стратегии устойчивого развития организации.

На седьмом этапе совершенствуется деятельность медицинской организации в целом. Что является непрерывным процессом, так как, внедряя улучшения в одни процессы, руководитель затрагивает работу многих подразделений, что инициирует новые проекты по улучшению процессов.

Бенчмаркинг является уникальной технологией сбора и анализа информации из внешних и внутренних источников, сопоставления эффективности процессов и получения механизмов для внедрения организационных улучшений и инноваций в работу медицинской организации (рисунок 5.19).

Затрагивая все ключевые направления устойчивости организации, бенчмаркинг позволяет сформировать матрицу ответственности и определить ключевых специалистов, участвующих в деятельности рабочей группы по внедрению организационных изменений на основе технологии бенчмаркинга.

1. Руководитель организации – в части определения стратегии и политики устойчивого развития.

2. Руководители ключевых направлений деятельности организации (заместители главного врача), отвечающие за менеджмент устойчивого развития – определяют ключевые показатели деятельности организации, отдельных бизнес-процессов и персонала.

3. Отдел сопоставляет плановые показатели с фактическими результатами.

4. Владельцы процессов (заведующие отделениями, начальники отделов и т. д.) определяют бизнес-процессы, которые требуют коррекции для достижения ключевых показателей деятельности и необходимые ресурсы.

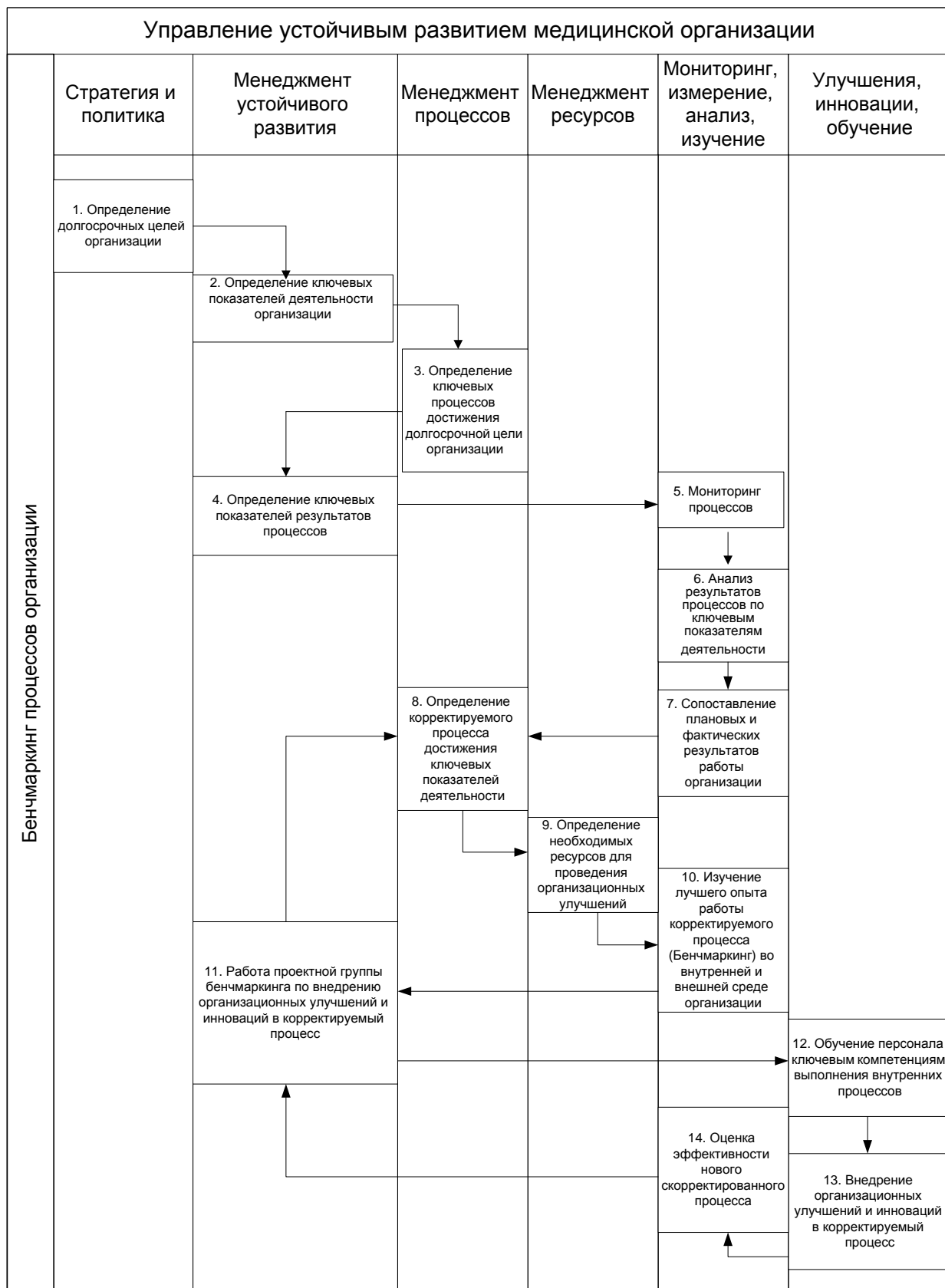


Рисунок 5.19 – Использование технологии бенчмаркинга в концепции устойчивого развития медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях (авторский подход)

5. Проектная группа по внедрению организационных улучшений и инноваций в корректируемый бизнес-процесс проводит бенчмаркинг, обучает персонал и внедряет скорректированный бизнес-процесс в работу медицинской организации. Затем проектная группа проводит мониторинг и анализ эффективности нового улучшенного бизнес-процесса и предоставляет отчет руководителю.

Основными условиями успешной реализации технологии бенчмаркинга являются: вовлеченность руководства организации; согласованность изменений со стратегией развития организации; понимание взаимосвязи организационных процессов; использование лучших управленческих практик; непрерывный процесс улучшения деятельности организации; регулярный мониторинг и анализ изменений в организации. Управление бенчмаркингом в медицинской организации постепенно эволюционирует, повышая устойчивость ее развития.

Широкое использование технологии бенчмаркинга в рамках одной организации повышает ее потенциал устойчивости. Активная позиция руководителя, разработка собственной методологии бенчмаркинга, частота проводимых исследований по эффективному использованию опыта лучших организаций, позволяет МО достигать долгосрочных целей устойчивого развития. Постепенно совершенствуя процесс бенчмаркинга, организация достигает его эффективности.

6. Аналитический. Расширение количества и направлений деятельности, подверженных бенчмаркингу, повышает не только эффективность проводимого анализа, за счет совершенствования процесса бенчмаркинга, но и заинтересованность организаций партнеров в интеграции для взаимного обмена опытом. В совокупности эти факторы дают хороший синергетический эффект, способствующий устойчивому развитию медицинской организации (рисунок 5.20).

Итак, бенчмаркинг – это эффективная технология, которая позволяет проводить организационные улучшения и инновации с минимальным использованием ресурсов и при этом достигать значительной эффективности внутренних бизнес-процессов медицинской организации.

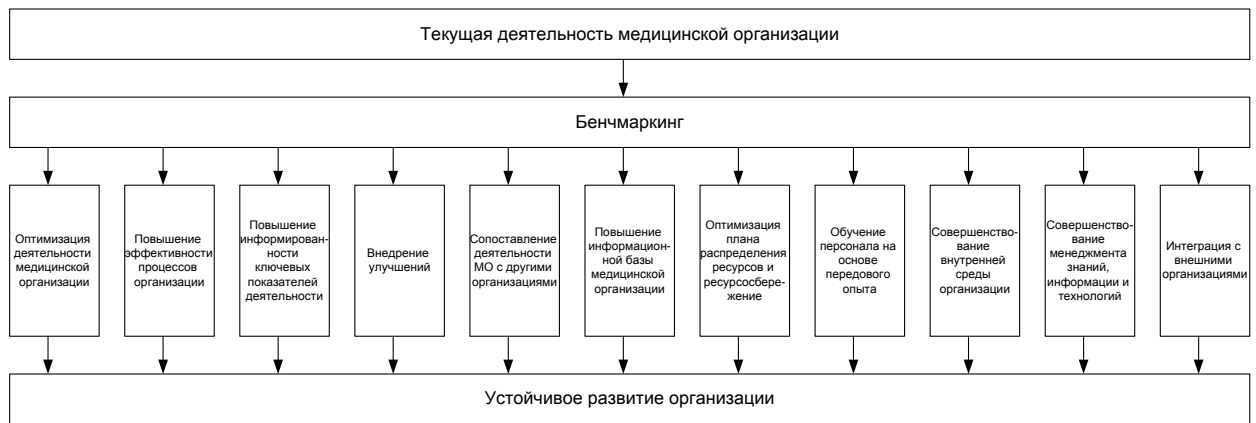


Рисунок 5.20 – Влияние бенчмаркинга на устойчивое развитие медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях (авторский подход)

Технология бенчмаркинга оценивает организационную структуру МО в целом и отдельные направления деятельности. Применение бенчмаркинга позволяет совершенствовать организационные изменения с минимальными ресурсными затратами, достигать значительной эффективности как внутренних бизнес процессов, так и их отдельных этапов, формировать ключевые показатели деятельности, соответствующие лучшим практикам организаций, как отрасли здравоохранения, так и другим областям и сферам, повышает заинтересованность организаций-партнеров для взаимного обмена опытом. Повсеместное применение технологии бенчмаркинга в медицинской организации повышает устойчивость ее долгосрочного развития. Организационное обучение по результатам бенчмаркингового анализа является частью корпоративной культуры организации и способствует повышению эффективности кадровой политики.

Организационный бенчмаркинг позволяет оценить, как процесс в целом, так и его части, сформировать ключевые показатели деятельности процесса, которые приведут к лучшим результатам, позволяет рационально распределить ресурсы, обучить руководителей медицинской организации лучшим управленческим практикам, сократить время на оказание медицинской услуги, сохраняя ее качество и доступность. Применение бенчмаркинга затрагивает ключевые направления деятельности поликлиники, способствующие достижению долгосрочных целей ее устойчивого развития.

Анализируя деятельность, влияющую на устойчивое развитие медицинской организации, мы пришли к выводу, что необходим системный подход к управлению МО, оказывающей помощь в амбулаторных условиях. Акцентируя внимание только на стратегии развития или качестве основных процессов организации невозможно добиться достижения долгосрочных целей. Поэтому основным направлением работы менеджеров, отвечающих за устойчивое развитие МО, должна быть деятельность, направленная на внутреннюю и внешнюю интеграцию всех процессов организации. Особыми инструментами в такой работе являются: стратегия развития МО, управление организационными изменениями, обучение персонала на «Фабрике процессов», риск-менеджмент, применение современных персонал-технологий в кадровой политике, модель «бережливое производство», проектное управление, бенчмаркинг, а также контроль ключевых показателей деятельности организации и оценка потенциального устойчивого развития МО (рисунок 5.21).

Реализация модели управления устойчивым развитием медицинской организации позволит достичь синергетического эффекта и повысит эффективность деятельности, как организации, так и ее отдельных процессов, повысит доступность и качество оказания медицинской помощи, оптимизирует распределение ресурсов, повысит эффективность принятия управленческих решений, способствующих УРМО, а также повысит эффективность управления организационными изменениями.

Таким образом, проведенное социологическое исследование и экспертная оценка позволили сформировать модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей ПМСП населению, основанную на внутренней и внешней интеграции, стратегии развития, ключевых показателях эффективности развития организации и ее отдельных процессов, эффективной кадровой политике, бережливой медицине, бенчмаркинге, «фабрике процессов», а также методике оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации.

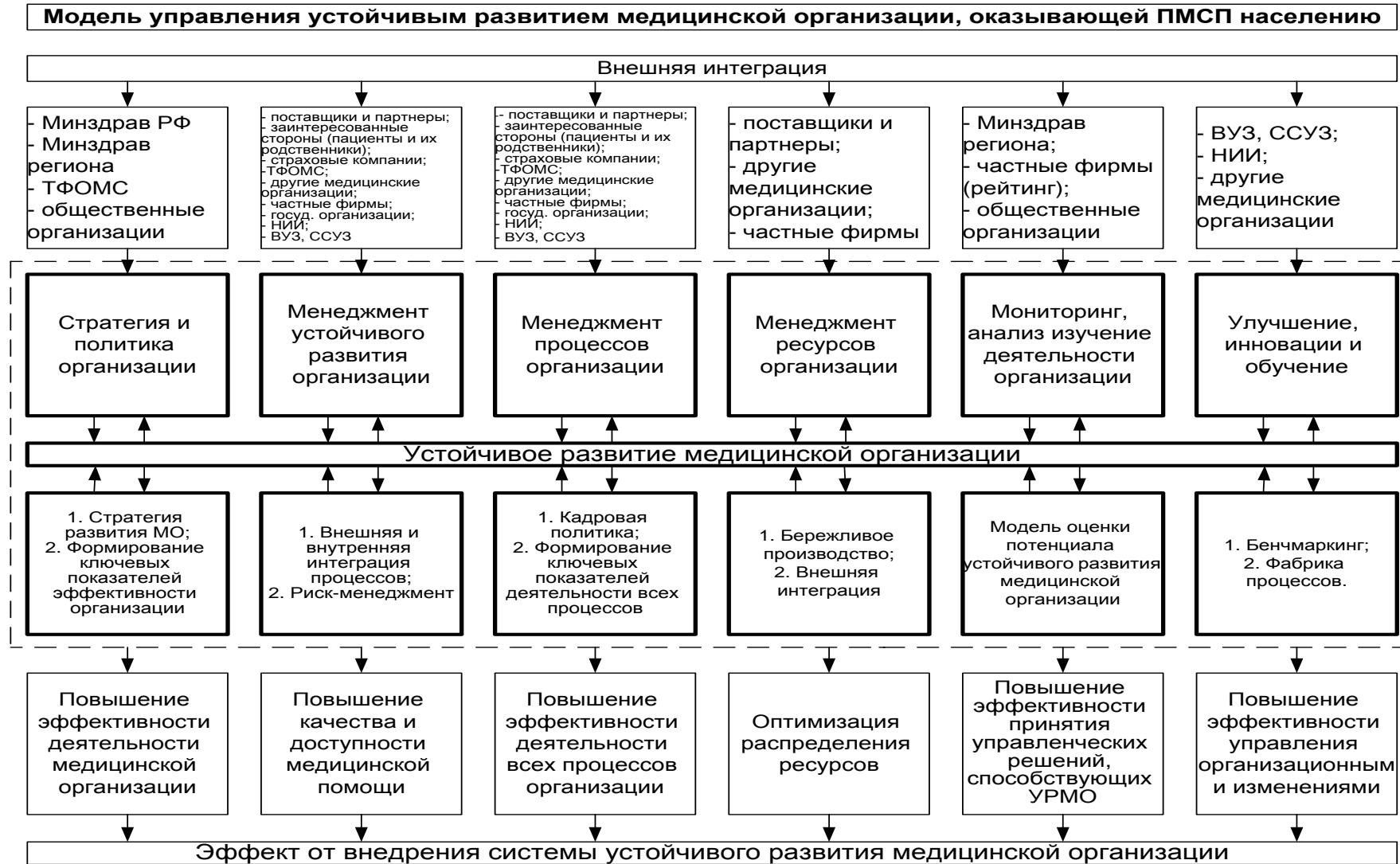


Рисунок 5.21 – Модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях

При применении данной модели в медицинской организации получается синергетический эффект, в результате которого повышается эффективность деятельности медицинской организации, и ее отдельных процессов, повышается качество и доступность медицинской помощи, происходит оптимизация распределения ресурсов, повышается эффективность принятия управленческих решений, способствующих устойчивому развитию медицинской организации, повышается эффективность управления организационными изменениями.

ГЛАВА 6 АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

6.1 Характеристика объекта исследования ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27» (далее – ГБУЗ НСО «ККДП № 27») является территориальным медицинским объединением с разобщенной, сложноорганизованной структурой, состоящей на 01.01.2022 из 12 поликлинических отделений (2 отдельно стоящих здания, 10 помещений, расположенных на 1 этажах жилых домов, суммарная площадь – 11166,8 м²), территория обслуживания которого включает в себя более 100 км², а количество обслуживаемого населения составляет 168381 застрахованных лиц, в том числе 33246 детей. За период с 2018 по 2022 гг. рост прикрепленного населения составлял 5,8%, что соответствует населению 7,5 новых участков (рисунок 6.1).



Рисунок 6.1 – Количество прикрепленного населения за период с 2018 по 2022 гг.

Распоряжением правительства Новосибирской области от 31.05.2016 № 165-рп ГБУЗ НСО «ККДП № 27» было реорганизовано в форме присоединения. Приказом № 432 от 17.10.2016 года в состав ГБУЗ НСО «ККДП № 27» вошли ГБУЗ НСО «Детская городская поликлиника № 1» и ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 9».

Организационная структура ГБУЗ НСО «ККДП № 27»

АДМИНИСТРАЦИЯ			
ВЗРОСЛОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ	ДЕТСКОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ	ОТДЕЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ И ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
Регистратура	Регистратура	Информационно-технический отдел	Административно-хозяйственный отдел
Терапевтическое отделение (66 участков)	Педиатрическое отделение 40 участков)	Кабинет льготного лекарственного обеспечения	Планово-экономический отдел
Отделение общей врачебной практики	Профилактическое отделение	Кабинет медицинской статистики	Финансово-аналитический отдел
Консультативное отделение	Отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях	Кабинет по развитию и внедрению бережливых технологий	Контрактная служба
Хирургическое отделение		Кабинет оформления документов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам	Отдел кадров
Диагностическое отделение	Консультативно-диагностическое отделение		Бухгалтерия
Отделение лучевой диагностики			Канцелярия
Отделение медицинской профилактики			
Клинико-диагностическая лаборатория			
Стационар дневного пребывания			
Физиотерапевтическое отделение			
Центральная стерелизационная			
Отделение контроля качества оказания медицинской помощи			

Рисунок 6.2 – Организационная структура ГБУЗ НСО «ККДП № 27»

Специалистами ГБУЗ НСО «ККДП № 27» оказывается первичная доврачебная, врачебная и специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара населению Заельцовского и части Калининского районов. Использование современного оборудования и применение новейших медицинских технологий позволяет выполнять полный объем диагностических исследований.

Кадровое обеспечение

Кадровое обеспечение ГБУЗ НСО «ККДП № 27» отражает тенденцию обеспеченности врачами и медицинскими сестрами в целом по Российской Федерации (таблица 6.1).

ГБУЗ НСО «ККДП № 27» активно привлекает на работу молодых специалистов, ординаторов и выпускников медицинского вуза и колледжа.

Таблица 6.1 – Кадровое обеспечение ГБУЗ НСО «ККДП № 27» по состоянию на конец декабря 2022 года

Штатные единицы	Ставки	Укомплектованность (%)
Врачи	353,25	78
Средний персонал	421,25	82
Младший персонал	6,5	100
Прочий персонал	213,5	94,5
Всего	975,75	

Сотрудники ГБУЗ НСО «ККДП № 27» регулярно поощряются за добросовестное исполнение должностных обязанностей, профессиональное мастерство, достижение высоких результатов в работе.

Объемы оказания медицинской помощи

Показатель выполнения объемов медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования составлял 105,3% от плановых значений показателя. Значительно превышали плановые значения показатели: неотложная медицинская помощь (160,4%), посещения с профилактической целью (137,7%) и работа дневного стационара (112,2%) (таблица 6.2).

Таблица 6.2 – Объемы медицинской помощи ГБУЗ НСО «ККДП № 27» на 2022 год в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

№ п/п	Вид помощи		План
1	Объем, обращений	В связи с заболеваниями	209 597
2	Объем, посещений	С профилактическими и иными целями, всего	359 470
		По неотложной медицинской помощи	56 589
3	Объем по диагностике		18 500
4	в условиях дневного стационара, случаи		5 948

Выполнение государственного задания в рамках бюджета Новосибирской области составляло в 2022 году 107,9% от плановых значений показателя.

Включая паллиативную медицинскую помощь – 115,1% и оказание медицинских услуг по направлению «Спортивная медицина» – 100,7%.

Проектная деятельность и специальные мероприятия

В ГБУЗ НСО «ККДП № 27» на постоянной основе проводятся профилактические акции: «Субботник здоровья», «Декада пожилого человека», «Декада инвалидов», «Розовая ленточка».

Поликлиника принимает участие в национальном проекте «Здравоохранение».

С 2017 года ГБУЗ НСО «ККДП № 27» участвует в проекте «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». В 2018 году были проведены капитальные ремонты подразделений в поликлинических отделениях, расположенных по четырем адресам.

В ГБУЗ НСО «ККДП № 27» сформирована команда по развитию и внедрению бережливых технологий. За 5 лет были реализованы 38 проектов, проанализированы показатели работы медицинской организации, внедрены улучшения (таблица 6.3).

Таблица 6.3 – Результаты проектной работы в ГБУЗ НСО «ККДП № 27», реализуемые в соответствии с направлениями устойчивого развития медицинской организации (2018–2022 гг.)

Направления устойчивого развития	Проектная деятельность	Результат
Стратегия и политика	– посещение пациентами участкового врача точно во время и по предварительной записи	Синхронизация работы call-центра, регистратуры и участковой службы. Повышение качества и доступности медицинской помощи населению. Повышение удовлетворенности пациентов в 1,5 раза.
	– организация профилактических осмотров детей	Синхронизация работы участковой службы, врачей специалистов, диагностической службы, лабораторной службы, статистического и экономического отдела. Количество дней оказания услуги по проведению профилактических осмотров детей неорганизованных коллективов сократилось в 6 раз, удовлетворенность родителей этим процессом возросла в 18 раз, а персонала в 26 раз, количество законченных случаев – в 2,8 раза.
	– организация	Повышение доступности врачей специалистов для

	<p>профилактических осмотров детей;</p> <ul style="list-style-type: none"> – повышение доступности врачей специалистов; – повышение качества и эффективности процесса направления пациента к врачу-специалисту. 	<p>детского населения возросла в 5 раз. Повысилось количество обоснованных направлений к врачам специалистам в 3 раза. Увеличилось в 6 раз количество детей неорганизованных коллективов, получивших консультацию врача специалиста с профилактической целью.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – оптимизация процесса контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности. 	<p>Повышения качества оказания медицинской помощи. Повышение удовлетворенностью пациентов на 15%. Снижение количества обращений граждан в 2 раза.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – оптимизации процесса вызова врача на дом при острых респираторных вирусных инфекциях, в том числе новой коронавирусной инфекции (COVID – 19). 	<p>Организация работы поликлиники в условиях пандемии. Разделение потоков здоровых и больных людей. Разделение потоков инфекционных и неинфекционных больных. Организация телемедицинских консультаций. Организация работы ковидных бригад и др.</p>
Менеджмент устойчивого развития	<ul style="list-style-type: none"> – оптимизация проведения диспансеризации взрослого населения; – оптимизация работы диагностического отделения. 	<p>Повышение охвата взрослого населения профилактической работой в 3 раза. Выполнение плана профилактических осмотров взрослого населения. Снижение рисков пересечений потоков инфекционных пациентов с людьми, посещающими поликлинику с профилактической целью.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – посещение пациентами участкового врача точно во время и по предварительной записи. 	<p>Достижение критериев новой модели</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – организация профилактических осмотров детей; – оптимизация работы кабинетов вакцинопрофилактики; – оптимизация работы диагностического отделения. 	<p>Повышение охвата детского населения профилактической работой детей неорганизованных коллективов в 3,6 раза. Охват профилактическими прививками вырос в 1,7 раза. Снижение рисков пересечений потоков инфекционных пациентов со здоровыми детьми.</p>
Менеджмент процессов	<ul style="list-style-type: none"> – оптимизация работы процедурных кабинетов; – организация работы кабинета неотложной помощи в условиях кадрового дефицита. 	<p>Повышение доступности и эффективности работы участковой службы за счет координации работы между специалистами. Достижение выполнения плана по неотложной помощи выросло на 77,5%.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – организация рабочего пространства медицинских кабинетов; – оптимизация работы врачей и медсестер; 	<p>Повышение эффективности работы участкового врача. Качество оформления медицинской документации возросло в 2,7 раза. Синхронизация работы врача и медсестры для</p>

	– посещение пациентами участкового врача точно во время и по предварительной записи.	повышения качества оказания медицинской помощи.
	– повышение качества медицинской услуги и маршрутизации пациентов особых категорий (опекаемые, инвалиды и др.).	Повышение качества и доступности оказания медицинской помощи особым категориям населения.
Менеджмент ресурсов	– организация лекарственного обеспечения;	Повышение своевременности и индивидуального подхода при выписке лекарственного обеспечения
	– организация рабочего пространства медицинских кабинетов.	Оптимизация ресурсного обеспечения работы участкового врача.
Мониторинг, измерение, анализ и изучение	– организация инфоцентра заведующего отделением; – организация инфоцентра начмеда.	Повышение контроля за своевременностью оказания медицинской помощи. Мониторинг и анализ потоков пациентов. Регулярное измерение показателей работы поликлиники на соответствие критериям новой модели
	– посещение пациентами участкового врача точно во время и по предварительной записи.	Измерение количества и поводов обращения в детское отделение. Мониторинг и анализ обращений в детское отделение за неотложной помощью.
	– организация профилактических осмотров детей.	Мониторинг и анализ детей неорганизованных коллективов, прошедших профилактический осмотр.
	– повышение качества и эффективности процесса направления пациента к врачу-специалисту – повышение доступности врачей специалистов.	Мониторинг и анализ детей, подлежащих диспансерному наблюдению.
Улучшения, инновации и обучение	– посещение пациентами участкового врача точно во время и по предварительной записи.	Разделение потоков здоровых и больных детей. Разделение потоков инфекционных и неинфекционных больных. Разделение потоков пациентов по времени оказания медицинской помощи. Синхронизация работы медицинского и вспомогательного персонала.
	– организация работы кабинета неотложной помощи в условиях кадрового дефицита.	Улучшение организации работы кабинета за счет дежурства всех врачей отделения по расписанию и изменения времени работы врачей в соответствии и с потребностью населения в оказании неотложной медицинской помощи.
	– обучение работников медицинской организации бесконфликтному общению.	Снижение текучести кадров. Повышение удовлетворенности пациентов.
	– обучение молодых	Снижение времени адаптации молодых

	специалистов на рабочем месте.	специалистов. Повышение приверженности молодых специалистов работе в медицинской организации.
--	--------------------------------	--

Начиная с декабря 2019 года проводится регулярное измерение показателей работы поликлиники на соответствие критериям новой модели.

За счет реализуемых проектов удалось снизить количество пересечений потоков при проведении профилактических осмотров. В настоящий момент этот показатель достигнут полностью по всем подразделениям.

Благодаря выделенным средствам на ремонт помещений, включенных в перечень МО реализующих организационно-планировочные решения внутренних пространств в детских подразделениях, участвующих в создании новой модели, удалось достичь нормативного значения и разработать систему навигации в 2020 году, а также систематизировать процесс информирования медицинской организации. В 2022 году была приобретена навигация и стенды информирования населения в соответствии с требованиями новой модели для взрослого отделения.

Одной из задач в 2020–2022 гг. было внедрение организационных инноваций для достижения критерия приема плановых пациентов строго по времени и предварительной записи, который является самым трудно достижимым, потому что включает в себя синхронизацию работы call-центра, регистратуры, участковой службы и консультативно-диагностического отделения. А в условиях пандемии на этот процесс влияет еще и неконтролируемый поток пациентов. Для реализации поставленной задачи потребовались консолидированные усилия всех подразделений и последовательное улучшение организации оказания медицинской помощи 12 проектными командами.

Обеспечение удаленной записи на прием для поликлиники стало возможным только после детального изучения причин обращения в медицинскую организацию, мониторинга работы call-центра и сплошного мониторинга потоков пациентов в педиатрическом отделении в разные периоды времени.

Путем работы проектной группы по направлению «Оптимизация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, организация рабочего пространства»

удалось обеспечить минимальное количество посещений пациентам при оказании профилактической помощи.

Таким образом, за 5 лет 7 из 7 базовых критериев новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению достигнуты в полном объеме.

Сотрудничество с организациями партнерами

ГБУЗ НСО «ККДП № 27» является клинической базой ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. На базе поликлиники проходит обучение по программам высшего профессионального и последиplomного образования по специальностям «Терапия», «Педиатрия», «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Травматология и ортопедия», «Эндокринология».

Совместно с учебным центром «Фабрика процессов» НГМУ сотрудники медицинской организации проводят обучение лучшему опыту внедрения бережливых технологий и организационных улучшений в работу городской поликлиники. В свою очередь ГБУЗ НСО «ККДП № 27» является базой для внедрения лучшего опыта и проведения научных исследований по совершенствованию организации оказания медицинской помощи населению.

Продолжается сотрудничество с «Заельцовской местной организацией Всероссийского общества инвалидов», «Районной общественной организацией ветеранов-пенсионеров войны, труда, военной службы и правоохрaнительных органов Заельцовского района». Акция – реальная возможность для каждого человека за один день пройти обследование, получить информацию по вопросам сохранения здоровья.

На сегодняшний день ГБУЗ НСО «ККДП № 27» является самой крупной медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, города Новосибирска, обладающей мощным диагностическим и лечебным потенциалом. Объединенные кадровые и материальные ресурсы дают возможность качественного обследования и лечения.

6.2 Внешние риски, повлиявшие на деятельность ГБУЗ НСО «ККДП № 27»

В 2016–2017 гг. в связи с реорганизацией ГБУЗ НСО «ККДП № 27» путем присоединения к медицинской организации ГБУЗ НСО «ДГП № 1» и ГБУЗ НСО «ГП № 9», произошло увеличение штатного расписания в 2,75 раза с 339 до 932 штатных единиц. Поликлиника стала обслуживать территорию района в 3 раза превышающую по площади, чем на период начала 2016 года.

На момент реорганизации руководители ГБУЗ НСО «ККДП № 27» выявили следующие проблемы:

- изношенная физически материально-техническая база;
- кадровая не укомплектованность участковой службы;
- нехватка площадей для кабинетов приёма участковых и врачей специалистов;
- некачественное функционирование медицинской информационной системы;
- недостаточное обеспечение автомобильным транспортом участковой службы;
- низкая укомплектованность кадрами дошкольно-школьного отделения;
- угроза выхода из строя тяжелой техники, нехватка оргтехники (80 комп.).

Объединение трудовых коллективов с разным уровнем корпоративной культуры и традициями повлекло за собой ожидаемую дезорганизацию работы медицинской организации в целом. Что послужило основанием для разработки новой управленческой модели, которая бы способствовала эффективной работе ККДП № 27.

Ретроспективная оценка потенциала устойчивости МО в 2016 году составила 0,18, что в 2,3 раза выше значения по нормативной базе и примерно соответствует усредненному значению показателя.

В 2017 году осуществляется переход с программы «Городская электронная регистратура» на медицинскую информационную систему «МИС. БАРС». Переход с одной информационной системы на другую повлек за собой частичную потерю информации о пациентах и деятельности медицинской организации, что осложнило ретроспективный анализ показателей работы присоединенных подразделений. И послужило основанием для разработки ключевых показателей деятельности в соответствии со стратегией и политикой медицинской организации.

Приоритетными направлениями в работе в 2017 году были:

- обеспечение устойчивого финансового состояния медицинской организации путём выполнения и перевыполнения государственного заказа и значительного увеличения доходов от внебюджетной деятельности;
- наращивание материально-технической базы (современное оборудование, оргтехника, информационные технологии и т. д.);
- кадровая укомплектованность участковой службы за счет выпускников;
- развитие стационарозамещающих технологий;
- обеспечение преемственности в лечебно-диагностическом процессе со стационарным звеном;
- внедрение передовых информационных технологий в лечебно-диагностический процесс, финансово-хозяйственная деятельность;
- повышение квалификации и профессиональный рост сотрудников через систему непрерывного медицинского образования и институт наставничества;
- взаимодействие со всеми ветвями исполнительной и законодательной власти;
- реализация различных возможных форм социальной поддержки;
- консолидация коллектива в единый механизм, нацеленный на реализацию главной задачи – повышение качества и доступности медицинской помощи населению.

Капитальный ремонт и открытие двух новых педиатрических отделений на 2 участка в 2017–2018 гг. улучшили доступность оказания медицинской помощи.

Однако, в связи с расторжением по инициативе АО «СОЮЗ» с 01.01.2020 договоров аренды нежилых помещений по адресу: г. Новосибирск, Красный проспект, д. 220, ГБУЗ НСО «ККДП № 27» было принято решение реорганизовать поликлиническое отделение № 2 и переместить структурные подразделения, исходя из принципов доступности оказания медицинской помощи и территориальной приближенности.

В результате педиатрическая помощь населению стала оказываться в 8 корпусах, 6 из которых являлись небольшими подразделениями на 2–4 участка при значительной территориальной разобщенности друг от друга.

Кроме того, новая логистика потоков пациентов вызвала повышение количества обращений граждан в отделение контроля качества оказания медицинской помощи.

Перемещение кабинетов приема врачей специалистов детского консультативного отделения в разные корпуса привело к нарушению процессов профилактических осмотров, диспансеризации детского населения, снизило доступность врачей специалистов для пациентов с острыми заболеваниями, понизило стрессоустойчивость персонала и повысило уровень сопротивляемости сотрудников изменениям.

На этом фоне вводимые изменения должны были отвечать следующим условиям:

1. повышать доступность оказания медицинской помощи;
2. медицинская помощь должна оказываться на высоком качественном уровне;
3. усовершенствованный процесс должен снижать трудовые затраты персонала за счет эргономики и снижения уровня перепроизводства;
4. ключевыми индикаторами эффективности процесса должны стать показатели не только медицинской и организационной эффективности, но и оплата законченного случая.

Исходя из этих условий, была построена проектная работа в 2019–2020 гг. при реализации новой модели оказания ПМСП населению.

В 2019 году в рамках Национального проекта «Здравоохранения» было приобретено новое медицинское оборудование: маммограф (производство Беларусь), ультразвуковой диагностический аппарат экспертного класса с доплеровским каналом (датчик конвексный, линейный, кардиологический) (производство США), эндоскопическая система для верхних отделов желудочно-кишечного тракта (производство Япония), эндоскопическая система для нижних отделов желудочно-кишечного тракта (производство Япония), система нагрузочного тестирования (производство Китай).

В 2019 году в ГБУЗ НСО «ККДП № 27» продолжается работа по информатизации поликлиники:

- 410 автоматизированных рабочих мест (АРМ);
- 90% врачей переведены на работу в МИС НСО;
- завершены работы по аттестации рабочих мест;
- вдвое увеличена пропускная способность основных и резервных каналов связи во всех поликлинических отделениях;
- обеспечение 100% врачей, ведущих амбулаторный прием, электронной цифровой подписью;
- произведена настройка передачи результатов исследований при проведении лучевой диагностики в Центральный архив медицинских изображений (ЦАМИ) ЕГИСЗ НСО;
- начата подготовка локально-вычислительной сети и оборудования к вводу в эксплуатацию модуля «Лабораторная информационная система» (ЛИС) МИС НСО ЕГИСЗ НСО;
- начато внедрение системы электронного документооборота и делопроизводства Правительства Новосибирской области (СЭДД);
- запланирован перевод АРМ в домен;
- согласована с Минздравом НСО поставка 175 единиц компьютерной техники в 2020 году.

Следующим внешним фактором риска послужило начало пандемии COVID-19 в марте 2020 года.

Большой поток инфекционных больных потребовал преимущественного оказания медицинской помощи пациентам на дому и формирования ковидных бригад. Кроме того, период октябрь–декабрь 2020 года осложнился значительным кадровым дефицитом, вызванным длительными больничными медицинского персонала.

В результате проектным группам следовало разработать адекватные алгоритмы организации оказания медицинской помощи населению в условиях пандемии.

Несомненно, эта ситуация повлияла на количество обращений граждан в отделение контроля качества, которые выросли в 2 раза.

При организации оказания медицинской помощи на этот период были следующие принципы:

1. Разграничение потоков здоровых и больных соматическими заболеваниями пациентов с потоками инфекционных больных.
2. Внедрение организационных технологий, позволяющих дистанционно мониторировать состояние здоровья пациентов, например, внедряя телемедицинские консультации.
3. Четкая медицинская сортировка пациентов по тяжести заболевания и срочности оказания медицинской помощи.
4. Организация оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями и профилактическую работу со здоровым населением с четким соблюдением противоэпидемических мер.

В 2021 году частичное снятие ковидных ограничений привело к увеличению потока разноплановых пациентов на прием к участковым врачам. Что дало основание к работе над проектами по совершенствованию оказания медицинской помощи на терапевтическом и педиатрическом участках.

Кроме того, кадровые потери во время пандемии следовало заменить большим количеством молодых специалистов, которые не имели достаточного количества опыта самостоятельной работы и требовали дополнительных мер административного контроля и наставников.

Одновременно с этим повысилось количество жалоб на этику и деонтологию молодых специалистов в 3 раза, что послужило поводом к обучению сотрудников организации бесконфликтному общению с привлечением профессорско-преподавательского состава НГМУ.

Внутри самой медицинской организации было организовано обучение лучшим практикам с привлечением более опытных специалистов. А также обмен знаниями между сотрудниками разных подразделений для повышения эффективности и результативности лечебно-диагностических процессов.

Таким образом, за исследуемый период с 2016 по 2022 год ГБУЗ НСО «ККДП № 27» испытывало на себе внешние влияния, которые, с одной стороны, несколько раз приводили к перестройкам внутренней структуры медицинской организации, а, с другой стороны, служили стимулом для внедрения различных элементов модели устойчивого развития медицинской организации, что в целом помогало команде управленцев сформировать управленческую модель, способную работать и демонстрировать свою эффективность на долгосрочную перспективу в условиях высокого риска влияния внешней среды.

6.3 Анализ эффективности внедрения модели управления устойчивым развитием медицинской организации в ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27»

Апробация модели управления устойчивым развитием медицинской организации была проведена в ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27».

В предыдущих главах нашей работы была описана часть исследования, выполненная в рамках научно-исследовательской работы, проводимой в вузе. Процессы, изложенные в настоящей главе, являются результатом значительных усилий коллектива медицинской организации, направленных на апробацию предложенной модели и последовательного повышения устойчивости развития медицинской организации.

Внедрение модели управления устойчивым развитием осуществлялось поэтапно. На период начала апробации модели в ГБУЗ НСО «ККДП № 27» в 2017 г. началось внедрение модели «Бережливого производства».

Стратегия и политика ГБУЗ НСО «ККДП № 27» формировалась из цели повышения качества и доступности медицинской помощи населению.

В рамках настоящего исследования была проведена самооценка устойчивого успеха организации в 2017 г. по методике стандарта ГОСТ Р ИСО 9004 и получены результаты, равные I уровню зрелости МО. Однако это исследование показало, что требуются улучшения по большому числу направлений деятельности организации. Необходимо было центрироваться на основных видах деятельности, которые в наибольшей степени повысят потенциал устойчивости.

Одной из важных задач данной работы было осуществление поиска организационных моделей, способствующих устойчивому развитию МО в условиях постоянно изменяющейся внешней среды.

Проведенное научное исследование позволило определить научную и практическую ценность концепции устойчивого развития организации для современных МО в условиях постоянно изменяющейся внешней среды и реформы системы здравоохранения.

В задачи нашего исследования входила концентрация усилий именно на обосновании влияния модели управления устойчивым развитием МО на ее медицинскую составляющую, что, по нашему мнению, должно повысить эффективность, качество и доступность медицинской помощи в МО любого уровня, вне зависимости от вида оказываемых услуг.

Полученные в ходе исследования результаты самооценки по стандарту ГОСТ Р ИСО 9004 определили значимость стратегии развития в работе медицинской организации, поэтому высшим руководством было принято решение о реализации политики и стратегии, направленных на устойчивое развитие ГБУЗ НСО «ККДП № 27» (рисунок 6.3).

Основными направлениями деятельности на этом этапе работы стало: формирование стратегических целей, направленных на УРО; создание профессиональной команды управленцев, отвечающей за УРМО, по принципу рабочей группы проекта; формирование ключевых показателей эффективности деятельности организации, процессов и сотрудников, создание дорожной карты развития организации на период до 2025 года; формирование проектной группы для изучения лучшего опыта с привлечением организации-партнера – Новосибирского государственного медицинского университета; организация обучения персонала лучшему опыту работы для достижения УРО, в рамках интеграции с вузом. При формировании стратегических целей устойчивого развития МО, основной проблемой был выбор ключевого показателя деятельности организации, который бы свидетельствовал о повышении/снижении курса эффективности развития МО.

Ключевые показатели результативности отдельных процессов не могут служить основой оценки деятельности всей МО. Внедренная самооценка стандарта ГОСТ Р ИСО 9004, как было описано в предыдущих главах настоящей работы, не чувствительна к минимальным организационным изменениям. Поэтому была разработана авторская методика оценки потенциала устойчивости развития МО. В работу ГБУЗ НСО «ККДП № 27» были внедрены «Анкета самооценки потенциала устойчивого развития организации», включающая анкету и акт самообследования УРМО, приведенные в Приложениях И и К. По результатам предложенной оценки потенциал устойчивости развития ГБУЗ НСО «ККДП № 27» в 2017 году составлял 0,58.

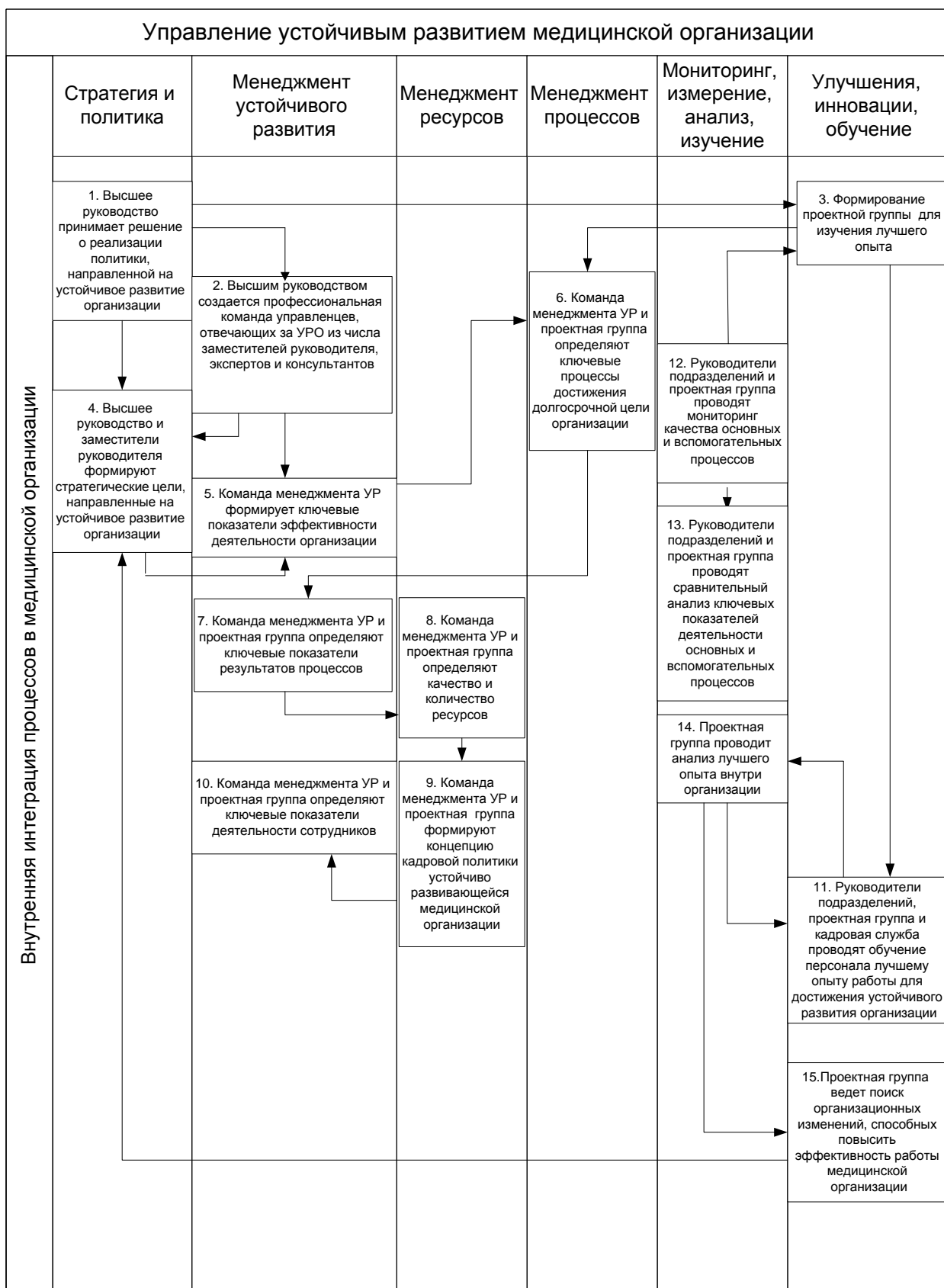


Рисунок 6.3 – Организационно-функциональная модель внедрения концепции устойчивого развития организации в ГБУЗ НСО «ККДП № 27»

Показатель соответствует удовлетворительному уровню потенциала устойчивости развития, но продолжающиеся процессы объединения разобщенных трудовых коллективов в единую команду, и новые задачи, поставленные перед медицинской организацией, требовали дополнительных управленческих приемов для повышения эффективности деятельности МО на долгосрочную перспективу.

Создание рабочей группы проекта по разработке и внедрению стратегии устойчивого развития ГБУЗ НСО «ККДП № 27», происходило на функциональной основе. В состав рабочей группы менеджмента устойчивого развития входили: руководитель (главный врач) и его заместители по медицинским, экономическим, организационно-методическим вопросам, руководители отделения контроля качества оказания медицинской помощи, отдела кадров, планово-финансового отдела, а также руководители подразделений, внедряющих организационные изменения, и внешние привлеченные консультанты и эксперты.

План мероприятий по повышению эффективности деятельности ГБУЗ НСО «ККДП № 27» включал такие направления как: развитие кадрового потенциала, материально-технической базы, внедрение новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению при условии соблюдения высоких показателей удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи.

Для поиска организационных моделей, повышающих устойчивость развития медицинской организации в рамках договора о взаимном сотрудничестве было решено привлечь организацию-партнера – ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», в частности кафедру организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации врачей (далее кафедра ОЗ и ОЗ НГМУ). Длительные партнерские отношения позволили сформировать учебно-научный медицинский комплекс, который выполнил ряд задач актуальных для настоящего исследования.

Во-первых, занимаясь образовательными услугами для руководителей медицинских организаций, кафедра ОЗ и ОЗ НГМУ имеет возможность проводить

анкетирование достаточной выборочной совокупности респондентов, для проведения исследования повышенной точности. Что позволяет с помощью бенчмаркингowego исследования выявить практико-ориентированные модели, способные повысить уровень устойчивости медицинской организации, в условиях постоянно изменяющейся внешней среды. Поскольку проведение крупных социологических исследований требует значительных затрат времени и кадровых ресурсов, а ГБУЗ НСО «ККДП № 27» не имело возможности для самостоятельного выполнения этого вида работ, поэтому исследование было выполнено в рамках НИР кафедры ОЗ и ОЗ НГМУ.

Во-вторых, внедрение разных организационных изменений, которые противоречат друг другу, могло рассогласовать внутренне процессы МО и потребовать излишних затрат ресурсного обеспечения, поэтому была необходима научно-обоснованная модель УРМО и индикаторы ее эффективности.

В-третьих, внедрение отдельных элементов новой организационной модели требовало обучение персонала вопросам устойчивого развития организации, поэтому в рамках циклов повышения квалификации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» кафедрой ОЗ и ОЗ НГМУ и ГБУЗ НСО «ККДП № 27» совместно были разработаны инновационные образовательные программы повышения квалификации врачей-организаторов здравоохранения такие как: «Бережливая медицина», «Современные формы развития медицинской организации», «Система менеджмента качества», «Управление конфликтом в медицинской организации» и др., способствующие практико-ориентированной подготовке руководителей в рамках непрерывного медицинского образования.

В процессе занятий использовались такие образовательные технологии как «фабрика процессов», стажировки, наставничество, индивидуальные и групповые тренинги, что повысило уровень подготовки руководителей по менеджменту устойчивого развития не только ГБУЗ НСО «ККДП № 27», но и других медицинских организаций.

Итак, путем интеграции усилий медицинской организации и вуза был получен синергетический эффект, который заключался, со стороны ГБУЗ НСО «ККДП № 27» в ускорении поиска проверенных научно обоснованных решений для внедрения организационных улучшений в работу поликлиники, оперативного обучения персонала вопросам устойчивого развития, и концентрировании ресурсов только на повышении эффективности работы всех процессов организации. Со стороны вуза произошло улучшение образовательных программ, их ориентация на проблемы, решение которых необходимо для практиков в сфере организации здравоохранения в режиме реального времени. Интеграция медицинской и образовательной организации позволила сформировать учебно-научный медицинский комплекс, в рамках которого была создана и апробирована модель управления УРМО.

В настоящем исследовании учебно-научно-медицинский комплекс позволил:

1) научно обосновать модель управления устойчивым развитием медицинской организации;

2) выделить наиболее эффективные на современном этапе развития здравоохранения организационные модели, демонстрирующие наибольшую результативность;

3) делегировать высшему учебному заведению функции организации и проведения масштабных социологических исследований и бенчмаркинг-анализа;

4) повысить эффективность кадровой политики организации за счет обмена актуальной информацией, опытом и обучением вопросам устойчивого развития медицинской организации;

5) результаты исследования были опубликованы в научных изданиях и позволили частично тиражировать полученный опыт для других медицинских организаций;

6) повысить эффективность деятельности медицинской организации без привлечения дополнительного ресурсного обеспечения и в рамках должностных обязанностей руководителей.

В результате проводимых мероприятий потенциал устойчивости развития ГБУЗ НСО «ККДП № 27» в 2018 году составил 0,62, что на 8% выше уровня прошлого года.

Создаются организационные проектные группы, целью которых является разрешения конфликтов на стыках процессов, что повышает предсказуемость их результатов.

Проведенные в 2016–2018 гг. подготовительные работы по оценке материально-технической оснащенности ГБУЗ НСО «ККДП № 27», кадровой политике, формированию стратегии и политики медицинской организации, мониторингу эффективности процессов и ресурсного обеспечения, позволили определить сильные и слабые стороны МО, а также разработать план повышения эффективности деятельности медицинской организации на долгосрочную перспективу.

Кадровая политика включала повышение квалификации персонала по вопросам устойчивого развития, бережливого производства, формированию корпоративной культуры и работе проектных команд. Мониторинг и анализ деятельности организации проводился путем внедрения авторской методики оценки потенциала устойчивого развития, описанной в настоящей работе, что позволило получить достоверные данные, оценить тенденции и наметить план развития ГБУЗ НСО «ККДП № 27».

Менеджмент ресурсов показал свою результативность, снизились финансовые риски, стали выявляться риски присущие инфраструктуре организации. При планировании процессов принимаются во внимание потребности заинтересованных сторон, что демонстрирует маневренность и гибкость новых процессов. Мониторинг деятельности организации привел к оптимизации использования и развития ресурсов.

Осуществляется оценка возможных организационных изменений, результаты оценки сопоставляются с наличием ресурсов и стратегией организации (рисунок 6.4).

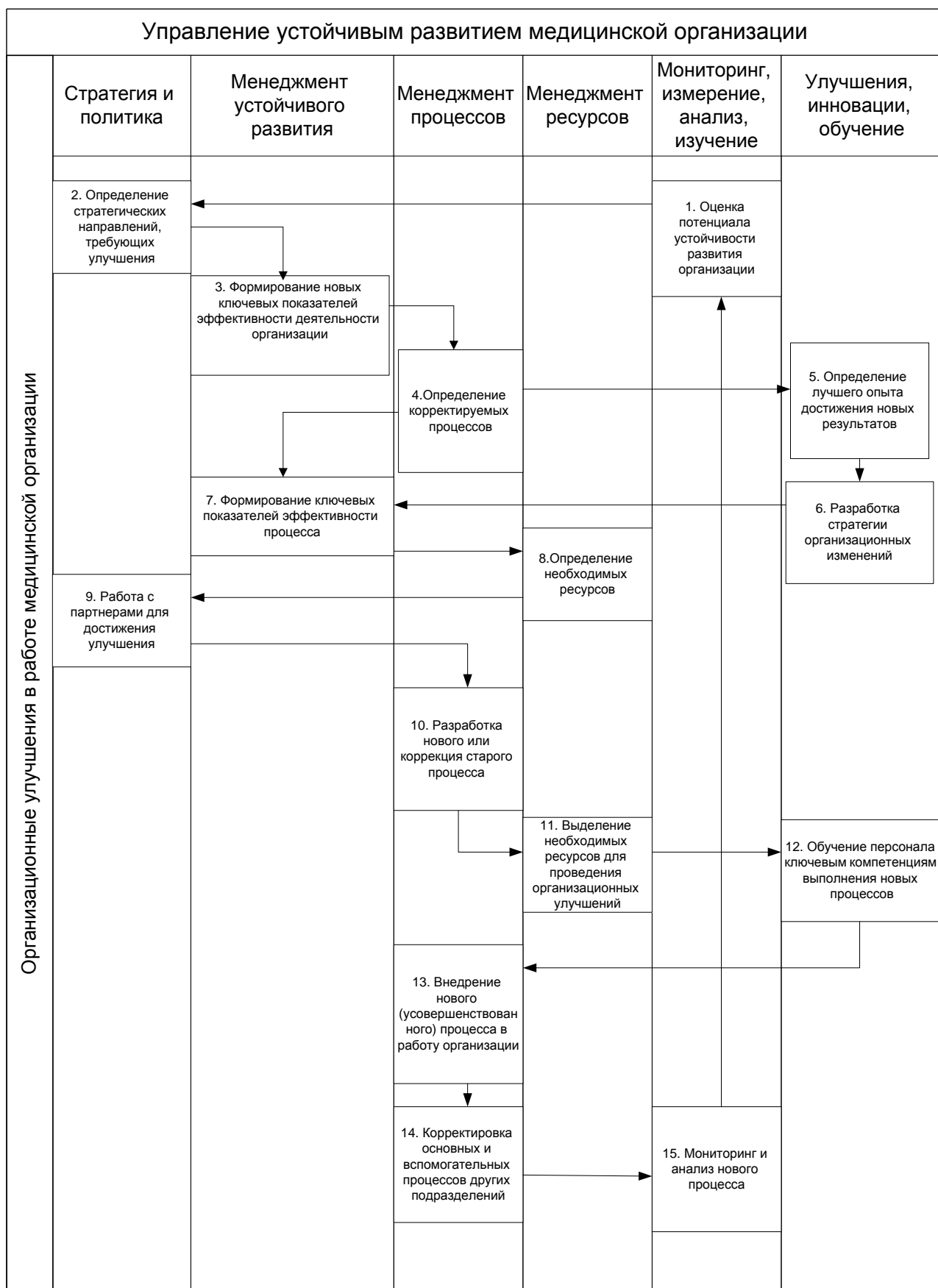


Рисунок 6.4 – Внедрение организационных улучшений в работу медицинской организации (авторский подход)

Профессионально проводимые опросы повысили качество информации от потребителей. Внедряются организационные улучшения в технологию оказания медицинской услуги, во вспомогательные процессы, систему сбора и анализа информации, а также для совершенствования функционирования организации. В результате проводимых мероприятий потенциал устойчивости ГБУЗ НСО «ККДП № 27» в 2019 году вырос на 1% и составил 0,63.

Подготовка кадров стимулирует творческий подход персонала и оптимизацию деятельности организации. Регулярно проводится сопоставление деятельности ГБУЗ НСО «ККДП № 27» с ведущими участниками рынка медицинских услуг.

Потенциал устойчивости ГБУЗ НСО «ККДП № 27» в 2020 году повышается еще на 3%, по сравнению с предыдущим периодом, что приводит организацию на хороший уровень устойчивости (0,64) по шкале Л. Харрингтона.

В 2021 году регулярный мониторинг и оценка деятельности ГБУЗ НСО «ККДП № 27» с помощью инфоцентра позволили достоверно выявить повышение эффективности его деятельности, а также расширить систему мониторинга до процессов анализа медицинской документации и отчетности. Выделяемые ресурсы, с одной стороны, способствуют достижению долгосрочных целей организации, а, с другой стороны, не являются избыточными. Ресурсы подвергаются непрерывной переоценке. Персонал участвует в разработке новых процессов, способствующих устойчивому развитию ГБУЗ НСО «ККДП № 27». Среда организации стимулирует производительность труда.

Развиваются процессы обучения персонала, передачи информации, а также внедрение инноваций, в работу организации.

Проводимые аудиты позволяют выявлять дополнительную информацию для внедрения организационных улучшений.

Продолжается самооценка процессов на всех уровнях организации, а также обучение персонала лучшему опыту. Потенциал устойчивости демонстрирует динамику роста на 9%, и составляет 0,7.

В 2022 году стратегия устойчивого успеха ГБУЗ НСО «ККДП № 27» демонстрирует свою эффективность и результативность. Регулярная оценка внедренных улучшений дает основание для дальнейшего обучения персонала.

Ключевые показатели деятельности организации, и ее отдельных процессов позволяют осуществлять прогнозирование, принимать стратегические решения, анализировать риски изменения внешней среды, проводить внешний бенчмаркинг и транслировать инновационный опыт для других подразделений и организаций-партнеров.

За исследуемый период с 2016 по 2022 гг. ГБУЗ НСО «ККДП № 27» демонстрировала повышение показателей удовлетворенности пациентов по результатам внешней оценки на 34,2% (рисунок 6.5).

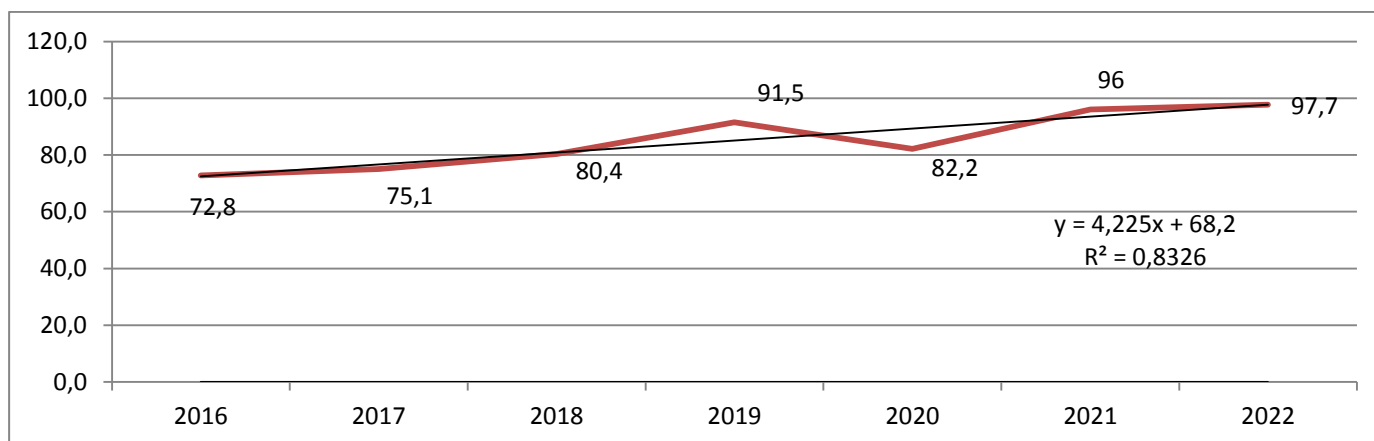


Рисунок 6.5 – Показатели удовлетворенности пациентов ГБУЗ НСО «ККДП № 27» по результатам внешней оценки (%)

Проводимые реорганизации работы ГБУЗ НСО «ККДП № 27» и пандемия COVID 19 ослабили удовлетворенность персонала, однако проводимая кадровая политика и обучение персонала на рабочем месте позволили повысить этот показатель на 36,1% (рисунок 6.6).

Применение модели устойчивого развития в ГБУЗ НСО «ККДП № 27» позволило достичь улучшений по ряду процессов: количество дней оказания услуги по проведению профилактических осмотров детей неорганизованных коллективов сократилось в 6 раз, удовлетворенность родителей этим процессом возросла в 18 раз, а персонала в 26 раз, количество законченных случаев – в 2,8 раза; доступность врачей специалистов детского консультативного отделения

возросла в 5 раз; качество оформления медицинской документации в 2,7 раза; достижение выполнения плана по неотложной помощи на 77,5%; достигнуты критерии «точно во время» и по предварительной записи на прием к врачу во всех подразделениях, участвующих в реализации новой модели.

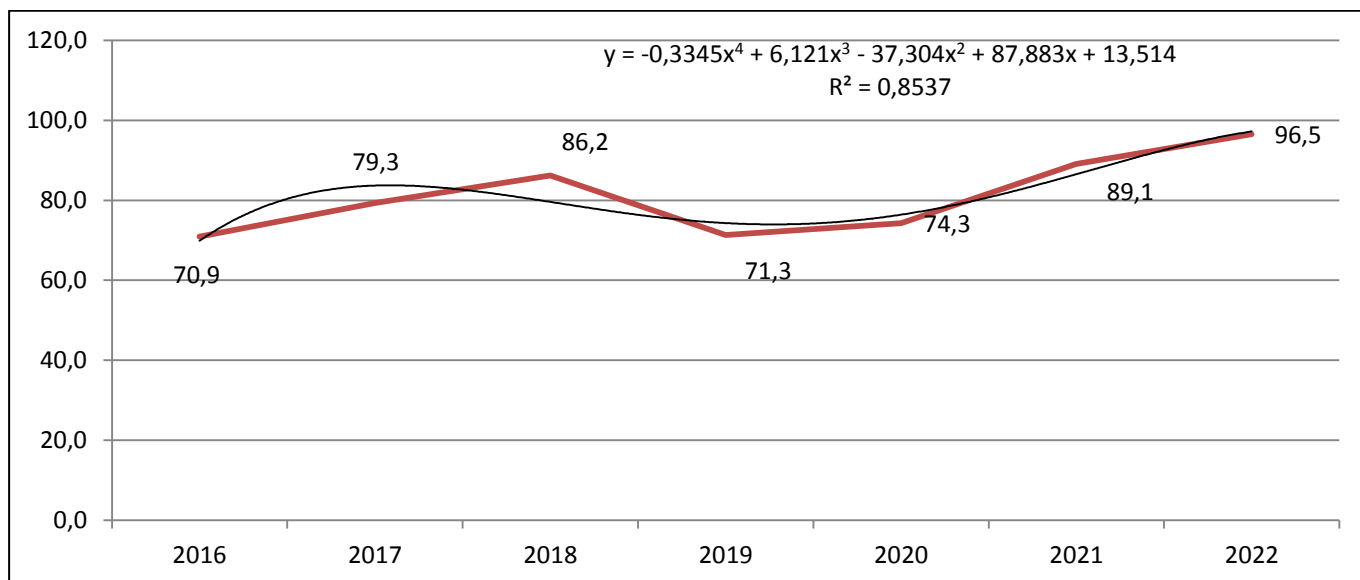


Рисунок 6.6 – Показатели удовлетворенности персонала ГБУЗ НСО «ККДП № 27» по результатам внутренней оценки (%)

Потенциал устойчивости развития ГБУЗ НСО «ККДП № 27» демонстрирует высокие показатели по шкале желательности Л. Харрингтона (0,72). Таким образом, с 2016 по 2022 гг. интегральная оценка потенциала устойчивости ГБУЗ НСО «ККДП № 27» возросла в 4 раза. Эффективность стратегии и политики увеличилась в 5,92 раза, а менеджмента процессов в 4,53 раза (таблица 6.4).

Менеджмент ресурсов (в 3,5 раза) и мониторинг и анализ деятельности организации (3,27 раза) имели не высокий потенциал развития, но и эти показатели продемонстрировали динамику роста почти в 3,5 раза. Эффективность менеджмента устойчивого развития возросла в 2,85 раза. Особенно значительный рост в 5 раз показала деятельность «Улучшения, инновации и обучение» за счет внедрения организационных инноваций и интеграции в учебно-научный медицинский комплекс (Приложение Л).

В то же время, уровень зрелости организации по методике самооценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004 увеличился со I по III уровень в связи с малым

вкладом организации в процесс сохранения природных ресурсов, что, несомненно, является приоритетом в будущей стратегии развития МО.

Таблица 6.4 – Динамика развития потенциала устойчивости ГБУЗ НСО «ККДП № 27»

Показатели	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Динамика (%)
Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,0328	0,0461	0,093	0,0934	0,0934	0,093	0,0934	285
Стратегия и политика	0,0280	0,166	0,166	0,166	0,166	0,166	0,166	593
Менеджмент ресурсов	0,0292	0,0885	0,089	0,0914	0,1012	0,101	0,1012	347
Менеджмент процессов	0,0315	0,0826	0,083	0,0826	0,088	0,143	0,1428	453
Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,0364	0,086	0,086	0,0863	0,0869	0,09	0,1192	327
Улучшения, инновации и обучение	0,0219	0,106	0,106	0,106	0,106	0,106	0,106	484
Устойчивость развития организации	0,1799	0,5776	0,623	0,6257	0,6415	0,7	0,7286	405
Самооценка по стандарту ИСО 9004	I	I	I	I	I	II	III	

Таким образом, в результате внедрения модели управления устойчивым развитием в ГБУЗ НСО «ККДП № 27» потенциал устойчивости вырос в 4 раза, поменяв диапазон с неудовлетворительного до хорошего (рисунок 6.7).

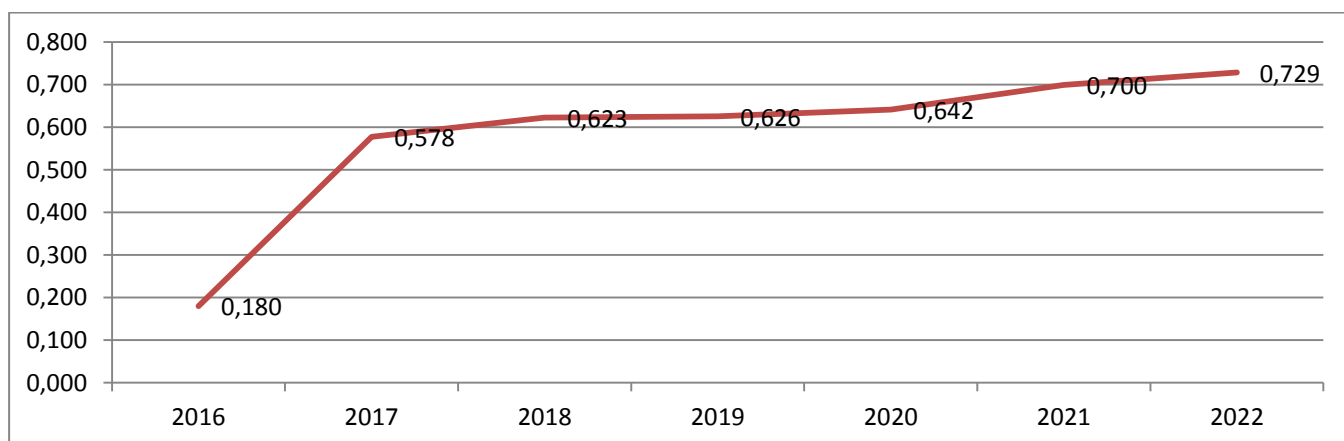


Рисунок 6.7 – Динамика развития потенциала устойчивости ГБУЗ НСО «ККДП № 27» по результатам самооценки

Таким образом, апробация модели управления устойчивым развитием медицинской организации на базе ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27» в период с 2016 по 2022 гг. показала свою эффективность и результативность. При условии увеличения количества прикрепленного населения в 3 раза, произошла внутренняя интеграция всех процессов организации, оптимизировалось ресурсное обеспечение, которое, с одной стороны, минимизировало излишние затраты, а, с другой стороны, способствовало достижению стратегических целей организации. Улучшились показатели качества и доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе, при сохранении высокого уровня удовлетворенности пациентов. Результаты самооценки демонстрируют эффективность работы ГБУЗ НСО «ККДП № 27», и, несмотря на то, что за исследуемый период произошла реорганизация работы МО, потеря рабочих площадей, изменения в работе МО в связи с пандемией COVID 19, интенсивно осуществлялось внедрение организационных изменений при внедрении новой модели. За 6 лет потенциал устойчивости медицинской организации вырос в 4 раза, в результате чего ГБУЗ НСО «ККДП № 27» достигло хорошего уровня устойчивости по шкале желательности Л. Харрингтона.

ГЛАВА 7 АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕГИОНА, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

На современном этапе развития здравоохранения особую значимость в повышении уровня здоровья населения приобретают медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению. Поликлиническое звено контактирует с самыми различными группами населения по вопросам, касающимся лечения, реабилитации, профилактики, социальной поддержки, организации противоэпидемических мероприятий, льготного лекарственного обеспечения, паллиативной медицинской помощи и др. От слаженной работы врачей, медицинских сестер, вспомогательного и административного персонала зависит оказание качественной медицинской помощи в нужном объеме, в нужном месте и в нужное время.

С целью апробации методики оценки потенциала устойчивого развития медицинских организаций и формирования рейтинга в январе 2023 года было проведено добровольное анкетирование руководителей медицинских организаций Новосибирской области (Приложение М). В исследовании участвовали 41 медицинская организация различного профиля. Из них было 12 крупных поликлиник города Новосибирска, 11 МО – стационары, в составе которых имеются поликлинические отделения и 18 организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению, включая ЦРБ и областную больницу.

С 2017 года в России реализуется проект создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению, который должен повысить качество и условия оказания медицинских услуг для пациентов. Кроме того, сами принципы реализации концепции

бережливого производства должны способствовать долгосрочному развитию медицинских организаций.

Среди исследуемых медицинских организаций 39 МО включены в работу по реализации проекта «Бережливая поликлиника», а две МО не участвуют в данном проекте в силу своей специализации. Анализируемые МО в различное время были включены в проект создания новой модели МО: с 2017 г. – 2 поликлиники, с 2019 г. – 13 МО, с 2020 г. – 23 МО, и с 2022 г. – 1 МО. Меньше половины исследуемых организаций (41%) внедряют критерии новой модели во все свои поликлинические отделения, остальные используют принципы бережливого производства лишь частично.

Все исследуемые многопрофильные стационары внедряют бережливые технологии только в свои поликлинические отделения, что влияет на степень охвата управленческой концепцией процессов медицинской организации.

В настоящее время нам представляется актуальным провести сравнительную оценку потенциалов устойчивого развития медицинских организаций, оказывающих первичную медико-социальную помощь населению в городе и области.

7.1 Рейтинг городских поликлиник региона

В настоящее время городские поликлиники активно развиваются. Закупается новое оборудование по Национальному проекту «Здравоохранение», осуществляется переход на полноценную работу в медицинской информационной системе, исключая бумажные носители информации, расширена возможность использования ресурсов портала «Госуслуги», в регионе работает Единая

регистратура, активно идут ремонтные работы при реализации организационно-планировочных изменений.

Если рассматривать внешнее влияние, то каждая городская поликлиника находится в одинаковых условиях ресурсного обеспечения и принципов работы региональной системы здравоохранения. Однако различные управленческие методы, применяемые в медицинских организациях, могут по-разному определять степень эффективной работы организации, которая отражается в ее потенциале устойчивости (таблица 7.1).

Таблица 7.1 – Рейтинг городских поликлиник региона

Медицинская организация	Объем прикрепленного населения	Количество поликлинических подразделений	Из них участвуют в проекте «Бережливая поликлиника»	Год включения в проект «Бережливая поликлиника»	Потенциал УРМО	Место в рейтинге среди поликлиник	Место в рейтинге среди всех медицинских организаций
ККДП № 27	154307	11	4	2017	0,7286	1	1
ГКП № 21	35000	4	4	2019	0,5742	2	5
ГКП № 29	112744	9	5	2019	0,5219	3	6
ГКП № 20	58037	8	2	2019	0,4464	4	8
ГП № 24	70840	2	2	2019	0,4091	5	9
ГКП № 14	51157	2	2	2020	0,3943	6	10
ГКП № 16	102000	10	1	2017	0,3926	7	11
ГКП № 2	42000	9	3	2019	0,3628	8	15
ГП № 17	63817	3	2	2020	0,3593	9	16
ГКП № 22	96903	7	2	2020	0,3579	10	17
СП № 8	37500	2	0	-	0,3017	11	34
ГП № 18	84000	6	3	2020	0,2826	12	37
Средний потенциал группы МО					0,4276		

Среди анализируемых городских поликлиник, можно выделить 3 крупные организации, в которых количество прикрепленного населения превышает 100 тысяч человек. К ним относится ККДП № 27, ГКП № 29 и ГКП № 16. На момент обследования данные МО имеют большое количество корпусов, но

включенность в проект «Бережливая поликлиника» составляет у ГКП № 29 – 56%, у ККДП № 27 – 36%, а у ГКП № 16 всего 10%.

Шесть медицинских организаций имеют от 50 до 100 тысяч прикрепленного населения. И три МО обслуживают менее 50 тысяч человек.

Из исследуемых организаций внедряют бережливые технологии во всех подразделениях только три: ГКП № 21, ГП № 24 и ГКП № 14.

Отдельные подразделения ККДП № 27, ГКП № 21 и ГКП № 29 раньше других достигли базовых критериев новой модели, что говорит об активном применении положений концепции бережливого производства в деятельности исследуемых МО, что нашло отражение в потенциале устойчивости этих организаций.

Проводя анализ показателей «количество прикрепленного населения» и «потенциал устойчивости», можно сделать вывод, что между этими показателями нет прямой зависимости. Однако наблюдается взаимосвязь между количеством времени реализации новой модели и потенциалом устойчивости, что подтверждает нашу гипотезу о влиянии концепции бережливого производства на потенциал УРМО.

Кроме того, имеет место быть различная глубина реализации новой модели. Есть различия в показателях между медицинскими организациями, внедряющими бережливые технологии исключительно в линейные лечебно-диагностические процессы и МО, которые реорганизуют вспомогательные и административные процессы вместе с лечебно-диагностическим блоком, что дает синергетически более устойчивую управленческую модель.

Предложенная в работе оценка потенциала устойчивости позволяет сравнивать медицинские организации не только по интегральному показателю, но также и по степени достижения каждого направления деятельности отдельно. Для наглядности сравнительного анализа было принято максимальное значение показателя по каждому виду деятельности за 100% и оценен вклад по степени достижения показателя исследуемой медицинской организацией.

Кроме того, приведенные в настоящей работе средние и нормативные значения показателей, определенные по результатам социологического исследования руководителей и нормативно-правовому анализу, позволили провести сравнительную оценку показателей медицинских организаций, участвовавших в рейтинге. Результаты проведенной оценки по группе городских поликлиник приведены в таблице 7.2.

Исследуя показатель «Менеджмент для достижения устойчивого успеха», можно выделить работу руководителей городской клинической поликлиники № 21, показатель которой составляет 71% от возможного значения, на втором месте работа руководителей ГКП № 29 и ККДП № 27 поликлиник – 56,3% от максимального значения. Наиболее низкое значение уровня менеджмента (34,3%) у стоматологической поликлиники № 8, однако этот показатель выше, чем средняя оценка, исследуемых нами МО.

При оценке стадии развития системы менеджмента 100% соответствия достигла ГКП № 21, в то время, когда 10 из 12 исследуемых организаций сохраняют этот показатель на уровне 13,6%.

Управленческие модели, способствующие устойчивому успеху, внедряют в ГКП № 2 (68%), а в ГКП № 21 и СП № 8 достигают лишь 36% от максимального возможного значения.

Несмотря на то, что 11 из 12 исследуемых организаций достигают критерии новой модели, управленческие модели, способствующие развитию среды организации, достигают только 48%, но этот показатель в 6 раз выше среднего значения.

Активно выстраивают работу с заинтересованными сторонами ГКП № 21, ГКП № 29 и ККДП № 27 (100%), остальные МО достигают этот показатель на 44%. Лидерами в следующей группе показателей «Стратегия и политика» являются ККДП № 27 (100%), ГКП № 21 (81,8%) и ГКП № 29 (60%), самое низкое в группе значение показателей у ГКП № 14. Кроме того, ККДП № 27 полностью охватывает все направления работы.

Таблица 7.2 – Оценка медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению в г. Новосибирске

	Потенциал устойчивого развития	Максимальное значение показателя	Среднее значение показателя	Значение показателя по законодательной базе	ГКП №2	ГКП №16	ГКП №20	ГКП №21	ГКП №14	ГП №17	ГП №18	ГП №24	ГКП №22	ГКП №29	ККДП №27	СП №8
1	Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,166	0,0435	0,0278	0,0701	0,0701	0,0701	0,1179	0,0755	0,0701	0,0701	0,0701	0,0701	0,0934	0,0934	0,0569
1.1	Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25	0,055	0,0075	0,0225	0,0225	0,0225	0,25	0,055	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225
1.2	Устойчивый успех	0,25	0,017	0,1375	0,17	0,17	0,17	0,09	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,09
1.3	Среда организации	0,25	0,0225	0,0075	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
1.4	Заинтересованные стороны	0,25	0,015	0,015	0,11	0,11	0,11	0,25	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,25	0,25	0,11
2	Стратегия и политика	0,166	0,024	0,0086	0,0534	0,0568	0,0568	0,1358	0,0307	0,052	0,0568	0,0568	0,052	0,0995	0,166	0,0392
2.1	Выработка стратегии и политики	0,33	0,045	0,0324	0,0909	0,1111	0,1111	0,3297	0,061	0,1036	0,1111	0,1111	0,1036	0,1111	0,33	0,0909
2.2	Развертывание стратегии и политики	0,33	0,0297	0,01	0,0726	0,0726	0,0726	0,33	0,0512	0,0512	0,0726	0,0726	0,0516	0,1584	0,33	0,0726
2.3	Передача информации о	0,33	0,0726	0,0099	0,1584	0,1584	0,1584	0,1584	0,0726	0,1584	0,1584	0,1584	0,1584	0,33	0,33	0,0726

	стратегии и политике															
3	Менеджмент ресурсов	0,166	0,0311	0,0109	0,0544	0,0618	0,0618	0,0871	0,0604	0,0597	0,0591	0,0618	0,0584	0,0647	0,1012	0,0448
3.1	Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,125	0,0338	0,01	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,09	0,05
3.2	Финансовые ресурсы	0,125	0,0685	0,016	0,0875	0,1238	0,1238	0,1023	0,0899	0,1238	0,1238	0,1238	0,1238	0,1238	0,125	0,0417
3.3	Работники организации	0,125	0,0144	0,0068	0,055	0,0469	0,0469	0,0888	0,0388	0,0509	0,0469	0,0469	0,0428	0,0644	0,1088	0,0469
3.4	Партнеры и поставщики	0,125	0,0125	0,006	0,0288	0,045	0,045	0,045	0,0225	0,0288	0,045	0,045	0,0288	0,045	0,125	0,0288
3.5	Инфраструктура	0,125	0,012	0,0081	0,0252	0,0252	0,0252	0,0538	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0634	0,0252
3.6	Производственная среда	0,125	0,0275	0,0112	0,0275	0,0275	0,0275	0,06	0,06	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275
3.7	Знания, информация и технологии	0,125	0,0075	0,0037	0,0388	0,0388	0,0388	0,07	0,0388	0,0388	0,0225	0,0388	0,0388	0,0388	0,0663	0,035
3.8	Природные ресурсы	0,125	0,0113	0,0037	0,015	0,015	0,015	0,055	0,0388	0,015	0,015	0,015	0,015	0,015	0,0038	0,015
4	Менеджмент процессов	0,166	0,02	0,01	0,0639	0,1046	0,1071	0,0826	0,0664	0,0639	0,0344	0,1046	0,0639	0,1071	0,1428	0,0589
4.1	Планирование и управление процессами	0,5	0,08	0,05	0,145	0,13	0,145	0,2725	0,28	0,145	0,0975	0,13	0,145	0,145	0,36	0,115
4.2	Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5	0,045	0,015	0,24	0,5	0,5	0,225	0,12	0,24	0,11	0,5	0,24	0,5	0,5	0,24
5	Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,166	0,04	0,016	0,0558	0,0498	0,0498	0,0769	0,1101	0,0558	0,0403	0,0498	0,0558	0,056	0,1192	0,0613

5.1	Мониторинг	0,25	0,027	0,0146	0,0751	0,0932	0,0932	0,1307	0,0819	0,0751	0,0569	0,0932	0,0751	0,0932	0,2199	0,089
5.2	Измерение	0,25	0,027	0,0069	0,05	0,0754	0,0754	0,0734	0,1145	0,05	0,0719	0,0754	0,05	0,0786	0,1307	0,0571
5.3	Анализ	0,25	0,1104	0,054	0,1152	0,0859	0,0859	0,1641	0,2375	0,1152	0,069	0,0859	0,1152	0,1223	0,1386	0,1279
5.4	Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25	0,0765	0,0216	0,096	0,0453	0,0453	0,0951	0,2292	0,096	0,0453	0,0453	0,096	0,0453	0,2292	0,0951
6	Улучшения, инновации и обучение	0,166	0,0138	0,0046	0,0651	0,0495	0,1009	0,0739	0,0513	0,0577	0,0218	0,0660	0,0577	0,1009	0,106	0,0406
6.1	Улучшения	0,33	0,02	0,0025	0,1383	0,1383	0,2117	0,1486	0,1138	0,0937	0,0603	0,1383	0,0937	0,2117	0,33	0,0937
6.2	Инновации	0,33	0,15	0,0084	0,1076	0,0886	0,1109	0,1477	0,0686	0,1076	0,0251	0,1109	0,1076	0,1109	0,0234	0,1076
6.3	Обучение	0,33	0,048	0,0172	0,1461	0,0714	0,2854	0,1486	0,1263	0,1461	0,0461	0,1486	0,1461	0,2854	0,2854	0,0435
	Устойчивость развития организации		0,173	0,079	0,3628	0,3926	0,4464	0,5742	0,3943	0,3593	0,2826	0,4091	0,3579	0,5219	0,7286	0,3017

ГКП № 21 является лидером в процессе выработки и развертывания стратегии и политики. ГКП № 29 максимальное внимание уделяет передаче информации о стратегии и политике. По всем трем направлениям показателя «Стратегия и политика» самые низкие значения у ГКП № 14, но в целом итоговые значения показателя выше или соответствуют средним значениям.

С «менеджментом ресурсов» наиболее успешно справляется ККДП № 27 (61%), самая низкая оценка в группе у ГКП № 21 (26,4%), что в 2,5 раза выше, чем аналогичный показатель по средней оценке.

Планирование и анализ ресурсного обеспечения у большинства исследуемых МО составляет 40% от максимального значения показателя, только в ККДП № 27 показатель достигает 72%.

Восемь из 12 исследуемых МО делают все возможное для оптимального распределения финансовых ресурсов. Самое низкое значение в группе у СП № 8 (33,3%), но оно в 2 раза выше минимально допустимого значения по результатам оценки нормативных показателей. Наибольшее внимание управлению персоналом уделяют в ККДП № 27 (87%), ГКП № 21 (71%) и ГКП № 29 (51,5%). Шесть из 12 МО уделяют внимание поставщикам и партнерам на 36%, лидером же в этом направлении является ККДП № 27 (100%). Наиболее интенсивно развивают инфраструктуру ККДП № 27 (50,7%) и ГКП № 21 (43,04%).

Производственной среде большое внимание уделяет ГКП № 21 и ГП № 14 – 48%, у остальных МО данный показатель сопоставим со средними значениями.

Эти же медицинские организации лидируют в области управления охраной природных ресурсов. У ККДП № 27 данный показатель соответствует законодательным требованиям.

Лидерами в управлении процессами являются: ККДП № 27 (86%), ГП № 20 (85,7%) и ГКП № 29 (64,5%). У ГП № 18 показатель превышает среднее значение в 1,5 раза. (20,8%). Данной организации можно рекомендовать усилить работу по планированию и управлению процессами за счет создания инфоцентров на всех уровнях управления. Это позволит не только достичь соответствующего критерия новой модели, но и повысит уровень устойчивого развития. Ответственность и

полномочия, связанные с процессами, полностью распределяют 5 из 12 МО (ГКП № 16, ГКП № 20, ГП № 24, ГКП № 29, ККДП № 27).

Управленческие модели, способствующие «мониторингу, измерению, анализу и изучению», наиболее успешно применяются в ККДП № 27 (71,8%), ГП № 14 (66,3%) и ГКП № 21 (46,3%). Внимание процессу мониторинга уделяют самые устойчивые городские поликлиники – ККДП № 27 (87,9%) и ГКП № 21 (52,3%). Третье место в этом направлении работы занимают поликлиники: ГКП № 16, ГКП № 20, ГП № 24 и ГКП № 29 (37,3%).

Наибольшие усилия по измерению деятельности МО затрачивают ККДП № 27 (52,3%) и ГКП № 14 (45,8%). У остальных исследуемых городских поликлиник этот показатель превышает средние значения минимум в 2,5 раза.

Более досконально анализируют деятельность поликлиники руководители ГП № 14 (95%), ГКП № 21 (65,6%) и ККДП № 27 (55,5%) медицинских организаций.

Комплексный анализ всех показателей проводят руководители ККДП № 27 (91,7%). Остальные МО уделяют меньше внимание этому вопросу.

В целом показатель «Улучшение, инновации, обучение» в ККДП № 27 (63,9%), ГКП № 29 (60,8%) и ГКП № 20 (60,8%) поликлиниках имеет высокие значения по сравнению с остальными исследуемыми МО. Эти же организации максимально уделяют внимание улучшениям работы своих поликлиник. Опыт внедрения инноваций ГКП № 20 (33,6%), ГКП № 21 (44,8%) и ГП № 17 (32,6%) применяют чаще, чем другие городские поликлиники. Однако ККДП № 27 (86,5%), ГКП № 29 (86,5%) и ГКП № 20 (86,5%) максимально уделяют внимание обучению персонала лучшему опыту.

Таким образом, можно составить перечень городских поликлиник, которые могут быть примером лучшего опыта по отдельным направлениям.

ККДП № 27 может поделиться опытом выстраивания стратегии и политики организации, менеджменту ресурсов, кадровой политике, работе с поставщиками, партнерами и другими заинтересованными сторонами, внедрению улучшений и организации обучения сотрудников лучшим практикам.

ГКП № 21 активно развивает менеджмент для достижения устойчивого успеха, уделяет внимание выработке и развертыванию стратегии и политики организации, вкладывает усилия в формирование корпоративной культуры организации и анализирует свою деятельность.

ГКП № 29 является в регионе эталонной при внедрении принципов бережливого производства, уделяет максимальное внимание перераспределению финансовых ресурсов и управлению процессами.

ГКП № 20 может поделиться опытом управления процессами и применением улучшений, инноваций и обучения для повышения деятельности организации.

ГП № 14 может служить примером организации процессов измерения и анализа деятельности организации.

ГКП № 16, ГП № 17, ГП № 18, ГКП № 22, ГП № 24 поликлиники могут стать примером управленческих моделей, позволяющих грамотно планировать и распределять финансовые ресурсы.

Можно сказать, что различия в итоговых показателях потенциала устойчивости исследуемых медицинских организаций, находящихся в одних и тех же условиях ресурсного обеспечения, зависят от применения различных комбинаций управленческих технологий.

7.2 Рейтинг областных медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению

Аналогичным образом проведем оценку потенциала устойчивости медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению.

Среди исследуемых 18 областных медицинских организаций, 6 включены в проект «Бережливая поликлиника» в 2019 году, 11 МО – в 2020 году и одна – в 2022 году. Следовательно, только 30% медицинских организаций смогли уделить достаточно времени формированию проектных команд и обучению персонала проектной работе перед пандемией. Остальным медицинским организациям это предстоит сделать в ближайший период времени. В связи с тем, что поликлинических отделений в ЦРБ достаточно мало, то 100% включенность их в проект по созданию новой модели присутствует у 60% медицинских организаций (таблица 7.3).

Таблица 7.3 – Рейтинг Областных МО

Медицинская организация	Количество поликлинических подразделений	Из них участвуют в проекте «Бережливая поликлиника»	Год включения в проект «Бережливая поликлиника»	Потенциал УРМО	Место в рейтинге среди областных МО	Место в рейтинге среди всех медицинских организаций
ГНОКБ	8	1	2020	0,4468	1	7
Куйбышевская ЦРБ	4	2	2019	0,3753	2	12
НКРБ № 1 (Кольцово)	1	1	2020	0,3739	3	13
Убинская ЦРБ	1	1	2020	0,3549	4	18
Краснозерская ЦРБ	2	1	2020	0,3546	5	19
Усть-Тарская ЦРБ	1	1	2020	0,3391	6	21
Доволенская ЦРБ	1	1	2020	0,3350	7	22
Венгеровская ЦРБ	1	1	2020	0,3339	8	23
Мошковская ЦРБ	2	1	2020	0,3338	9	24
Тогучинская ЦРБ	2	2	2019	0,3307	10	26
Новосибирская ЦРБ	2	2	2019	0,3278	11	27
Линевская РБ	2	2	2019	0,3261	12	28

Кыштовская ЦРБ	2	1	2020	0,3258	13	29
Кочковская ЦРБ	1	1	2022	0,3197	14	31
Черепановская ЦРБ	1	1	2019	0,3036	15	33
Здвинская ЦРБ	1	1	2019	0,3012	16	35
Татарская ЦРБ	2	1	2020	0,3010	17	36
Коченевская ЦРБ	2	2	2020	0,1977	18	41
Средний потенциал группы МО				0,3323		

Новосибирская областная клиническая больница является самой крупной медицинской организацией региона. МО часто внедряет в свою работу управленческие технологии, способные повысить качество и доступность медицинской помощи сельскому населению, что отражается в ее потенциале устойчивости. За исключением Коченевской ЦРБ, остальные медицинские организации демонстрируют потенциал устойчивости выше средних значений показателя в 2 раза.

Областные медицинские организации применяют управленческие технологии для достижения устойчивого успеха на 42,3% – 11 МО, остальные на 33,7%, что на 7,8% выше, чем среднее значение показателя (таблицы 7.4 и 7.5).

Одинаково во всех исследуемых организациях показатель «общее развитие системы менеджмента» находится на уровне 9%.

Однако работу по достижению устойчивого успеха 16 медицинских организаций ведут на уровне 68%, лишь Здвинская ЦРБ и Кочковская ЦРБ осуществляет ее на 36%.

Управленческие решения, направленные на развитие среды организации большинство МО реализуют на 48%. Самый низкий показатель у Коченевской ЦРБ (22 %).

Работу с заинтересованными сторонами областные медицинские организации проводят на 44%. У Коченевской ЦРБ этот показатель находится на уровне 18%, что в 3 раза превышает среднее значение по данной группе.

Наибольшее внимание руководства ГНОКБ (41,7%) направлено на выстраивание стратегии и политики организации, в то же время наименьший вклад в данное направление работы осуществляет Тогучинская ЦРБ (20,5%), но этот показатель выше среднего значения.

Управленческий вклад в выработку стратегии и политики ГНОКБ осуществляет на 56%, Коченевская ЦРБ, Куйбышевская ЦРБ и НКРБ – на 33,7%, у остальных МО этот показатель ниже.

Шесть из восемнадцати медицинских организации разворачивают стратегию и политику на 22% (Венгеровская ЦРБ, ГНОКБ, Здвинская ЦРБ, Коченевская ЦРБ, Линеvская РБ и Убинская ЦРБ), а остальные МО только на 15,5%.

Проводят работу с персоналом по передаче информации о стратегии и политике 8 МО на 48%, у других медицинских организаций этот показатель ниже в 2 раза.

Самый большой вклад в управление ресурсами осуществляет ГНОКБ (46,5%), у Здвинской ЦРБ и Линеvской ЦРБ ведется работа только на 27,1%.

Хотя планирование и анализ ресурсного обеспечения на 40 % осуществляют большинство областных МО, есть некоторые отличия в направлениях такой деятельности.

Полноценная работа по управлению финансовыми ресурсами осуществляется только у 5 медицинских организаций (ГНОКБ, Венгеровская ЦРБ, Красноозерская ЦРБ, Кыштовская ЦРБ и Усть-Тарская ЦРБ).

Проводят работу с персоналом на 44% – четыре медицинские организации (ГНОКБ, Кочковская ЦРБ, Новосибирская ЦРБ, Татарская ЦРБ). Этот показатель самый большой среди исследуемых МО.

ГНОКБ работает с поставщиками и партнерами на 68%, тринадцать МО – на 23%, что говорит о территориальной разобщенности областных медицинских организаций с учебными заведениями, научно-исследовательскими институтами территории, государственными органами власти и другими организациями, взаимное сотрудничество с которыми может повысить устойчивость медицинских организаций, как со стороны внешней, так и внутренней среды.

Таблица 7.4 – Критерии оценки по направлениям устойчивого развития медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению (Часть 1)

	Потенциал устойчивого развития	Максимальное значение показателя	Среднее значение показателя	Значение показателя по законодательной базе	Венгеровская ЦРБ	ГНОКБ	Доволенская ЦРБ	Здвинская ЦРБ	Кочневская ЦРБ	Кочковская ЦРБ	Краснозерская ЦРБ	Куйбышевская ЦРБ	Кыштовская ЦРБ
1	Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,166	0,0435	0,0278	0,0701	0,0701	0,0701	0,0569	0,0486	0,0569	0,0701	0,0701	0,0569
1.1	Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25	0,055	0,0075	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225
1.2	Устойчивый успех	0,25	0,017	0,1375	0,1700	0,1700	0,1700	0,0900	0,1700	0,0900	0,1700	0,1700	0,1700
1.3	Среда организации	0,25	0,0225	0,0075	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,0550	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200
1.4	Заинтересованные стороны	0,25	0,015	0,015	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100	0,0450	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100
2	Стратегия и политика	0,166	0,024	0,0086	0,0404	0,0691	0,0344	0,0392	0,0425	0,0486	0,0520	0,0532	0,0365
2.1	Выработка стратегии и политики	0,33	0,045	0,0324	0,0985	0,1855	0,0835	0,0909	0,1111	0,0835	0,1036	0,1111	0,0961

2.2	Развертывание стратегии и политики	0,33	0,0297	0,01	0,0726	0,0726	0,0512	0,0726	0,0726	0,0512	0,0512	0,0512	0,0512
2.3	Передача информации о стратегии и политике	0,33	0,0726	0,0099	0,0726	0,1584	0,0726	0,0726	0,0726	0,1584	0,1584	0,1584	0,0726
3	Менеджмент ресурсов	0,166	0,0311	0,0109	0,0582	0,0772	0,0530	0,0448	0,0459	0,0481	0,0555	0,0458	0,0555
3.1	Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,125	0,0338	0,01	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0175	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500
3.2	Финансовые ресурсы	0,125	0,0685	0,016	0,1225	0,1238	0,0875	0,0417	0,1007	0,0660	0,1238	0,0792	0,1238
3.3	Работники организации	0,125	0,0144	0,0068	0,0469	0,0550	0,0469	0,0469	0,0306	0,0550	0,0419	0,0388	0,0419
3.4	Партнеры и поставщики	0,125	0,0125	0,006	0,0288	0,0850	0,0288	0,0288	0,0450	0,0288	0,0288	0,0125	0,0288
3.5	Инфраструктура	0,125	0,012	0,0081	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252
3.6	Производственная среда	0,125	0,0275	0,0112	0,0275	0,0600	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275	0,0113	0,0275	0,0113
3.7	Знания, информация и технологии	0,125	0,0075	0,0037	0,0350	0,0350	0,0388	0,0350	0,0150	0,0225	0,0388	0,0350	0,0388
3.8	Природные ресурсы	0,125	0,0113	0,0037	0,0150	0,0313	0,0150	0,0150	0,0150	0,0150	0,0150	0,0075	0,0150
4	Менеджмент процессов	0,166	0,02	0,01	0,0589	0,1046	0,0639	0,0589	0,0183	0,0585	0,0639	0,0996	0,0639

4.1	Планирование и управление процессами	0,5	0,08	0,05	0,1150	0,1300	0,1450	0,1150	0,0650	0,1125	0,1450	0,1150	0,1450
4.2	Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5	0,045	0,015	0,2400	0,5000	0,2400	0,2400	0,0450	0,2400	0,2400	0,4850	0,2400
5	Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,166	0,04	0,016	0,0415	0,0597	0,0558	0,0613	0,0302	0,0495	0,0558	0,0419	0,0558
5.1	Мониторинг	0,25	0,0270	0,0146	0,0890	0,1022	0,0751	0,0890	0,0322	0,0569	0,0751	0,0890	0,0751
5.2	Измерение	0,25	0,027	0,0069	0,0543	0,0754	0,0500	0,0571	0,0548	0,0300	0,0500	0,0571	0,0500
5.3	Анализ	0,25	0,1104	0,054	0,0817	0,0859	0,1152	0,1279	0,0690	0,1152	0,1152	0,0817	0,1152
5.4	Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25	0,0765	0,0216	0,0249	0,0960	0,0960	0,0951	0,0258	0,0960	0,0960	0,0249	0,0960
6	Улучшения, инновации и обучение	0,166	0,01376	0,0046	0,0646	0,0660	0,0577	0,0401	0,0122	0,0581	0,0572	0,0646	0,0572
6.1	Улучшения	0,33	0,02	0,0025	0,1358	0,1383	0,0937	0,0684	0,0224	0,0937	0,0851	0,1358	0,0851
6.2	Инновации	0,33	0,15	0,0084	0,1076	0,1109	0,1076	0,1076	0,0251	0,1076	0,1109	0,1076	0,1109
6.3	Обучение	0,33	0,048	0,0172	0,1461	0,1486	0,1461	0,0658	0,0263	0,1486	0,1486	0,1461	0,1486
	Устойчивость развития организации	1	0,173	0,079	0,3339	0,4468	0,3350	0,3012	0,1977	0,3197	0,3546	0,3753	0,3258

Таблица 7.5 – Критерии оценки по направлениям устойчивого развития медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению (Часть 2)

	Потенциал устойчивого развития	Максимальное значение показателя	Среднее значение показателя	Значение показателя по законодательной базе	Линевская РБ	Мошковская ЦРБ	НКРБ кольцова	Новосибирская ЦРБ	Татарская ЦРБ	Тогучинская ЦРБ	Убинская ЦРБ	Усть-Тарская ЦРБ	Черепановская ЦРБ
1	Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,166	0,0435	0,0278	0,0569	0,0701	0,0701	0,0569	0,0569	0,0701	0,0701	0,0701	0,0701
1.1	Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25	0,055	0,0075	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225	0,0225
1.2	Устойчивый успех	0,25	0,017	0,1375	0,1700	0,1700	0,1700	0,1700	0,1700	0,1700	0,1700	0,1700	0,1700
1.3	Среда организации	0,25	0,0225	0,0075	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200
1.4	Заинтересованные стороны	0,25	0,015	0,015	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100	0,1100
2	Стратегия и политика	0,166	0,024	0,0086	0,0392	0,0344	0,0532	0,0486	0,0486	0,0341	0,0543	0,0365	0,0341
2.1	Выработка стратегии и политики	0,33	0,045	0,0324	0,0909	0,0835	0,1111	0,0835	0,0835	0,0815	0,0961	0,0961	0,0815

2.2	Развертывание стратегии и политики	0,33	0,0297	0,01	0,0726	0,0512	0,0512	0,0512	0,0512	0,0512	0,0726	0,0512	0,0512
2.3	Передача информации о стратегии и политике	0,33	0,0726	0,0099	0,0726	0,0726	0,1584	0,1584	0,1584	0,0726	0,1584	0,0726	0,0726
3	Менеджмент ресурсов	0,166	0,0311	0,0109	0,0448	0,0524	0,0458	0,0508	0,0481	0,0495	0,0530	0,0555	0,0495
3.1	Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,125	0,0338	0,01	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500
3.2	Финансовые ресурсы	0,125	0,0685	0,016	0,0417	0,0875	0,0792	0,0660	0,0660	0,0875	0,0875	0,1238	0,0875
3.3	Работники организации	0,125	0,0144	0,0068	0,0469	0,0428	0,0388	0,0550	0,0550	0,0419	0,0469	0,0419	0,0419
3.4	Партнеры и поставщики	0,125	0,0125	0,006	0,0288	0,0288	0,0125	0,0288	0,0288	0,0288	0,0288	0,0288	0,0288
3.5	Инфраструктура	0,125	0,012	0,0081	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252	0,0252
3.6	Производственная среда	0,125	0,0275	0,0112	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275	0,0275	0,0113	0,0275	0,0113	0,0113
3.7	Знания, информация и технологии	0,125	0,0075	0,0037	0,0350	0,0388	0,0350	0,0388	0,0225	0,0388	0,0388	0,0388	0,0388
3.8	Природные ресурсы	0,125	0,0113	0,0037	0,0150	0,0150	0,0075	0,0150	0,0150	0,0150	0,0150	0,0150	0,0150
4	Менеджмент процессов	0,166	0,02	0,01	0,0589	0,0639	0,0996	0,0639	0,0477	0,0639	0,0639	0,0639	0,0639

4.1	Планирование и управление процессами	0,5	0,08	0,05	0,1150	0,1450	0,1150	0,1450	0,1125	0,1450	0,1450	0,1450	0,1450
4.2	Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5	0,045	0,015	0,2400	0,2400	0,4850	0,2400	0,1750	0,2400	0,2400	0,2400	0,2400
5	Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,166	0,04	0,016	0,0613	0,0558	0,0419	0,0495	0,0495	0,0558	0,0558	0,0558	0,0558
5.1	Мониторинг	0,25	0,0270	0,0146	0,0890	0,0751	0,0890	0,0569	0,0569	0,0751	0,0751	0,0751	0,0751
5.2	Измерение	0,25	0,027	0,0069	0,0571	0,0500	0,0571	0,0300	0,0300	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500
5.3	Анализ	0,25	0,1104	0,054	0,1279	0,1152	0,0817	0,1152	0,1152	0,1152	0,1152	0,1152	0,1152
5.4	Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25	0,0765	0,0216	0,0951	0,0960	0,0249	0,0960	0,0960	0,0960	0,0960	0,0960	0,0960
6	Улучшения, инновации и обучение	0,166	0,01376	0,0046	0,0651	0,0572	0,0632	0,0581	0,0502	0,0572	0,0577	0,0572	0,0302
6.1	Улучшения	0,33	0,02	0,0025	0,1383	0,0851	0,1358	0,0937	0,0714	0,0851	0,0937	0,0851	0,0851
6.2	Инновации	0,33	0,15	0,0084	0,1076	0,1109	0,0990	0,1076	0,1076	0,1109	0,1076	0,1109	0,0251
6.3	Обучение	0,33	0,048	0,0172	0,1461	0,1486	0,1461	0,1486	0,1233	0,1486	0,1461	0,1486	0,0714
	Устойчивость развития организации	1	0,173	0,079	0,3261	0,3338	0,3739	0,3278	0,3010	0,3307	0,3549	0,3391	0,3036

Уделяют внимание инфраструктуре все областные медицинские организации только на 20%.

Непосредственно среда, в которой осуществляются лечебно-диагностические процессы, охватывает внимание руководителей ГНОКБ на 48%, в 12 МО – на 20%, остальные 5 медицинских организаций только на 9%. Последний показатель соответствует средним значениям.

Половина областных МО работают над внедрением новых знаний, информации и технологии на 31%, остальные медицинские организации меньше уделяют внимание этому вопросу.

Охрана природных ресурсов стоит в зоне интересов ГНОКБ на 25%, у других МО этот показатель ниже в 2 и более раз.

Управляют процессами медицинской организации более внимательно, чем другие МО – ГНОКБ (63%) и Куйбышевская ЦРБ (60%). У Коченевской ЦРБ (11%) показатель соответствует средним значениям.

Половина ЦРБ планируют и управляют процессами на 29%. А ответственность и полномочия, связанные с процессами в полном объеме распределяют: ГНОКБ (100%), Куйбышевская ЦРБ (97%) и НКРБ (97%). У Коченевской ЦРБ этот показатель достигнут на 9%, что в 3 раза выше среднего значения показателя.

Уделяют наибольшее внимание процессам мониторинга Здвинская ЦРБ, Линевская РБ (36,9%). наименьшее значение у Коченевской ЦРБ (18,2%).

Мониторинг за деятельностью организации ГНОКБ осуществляет на 40,9%. У Венгеровской ЦРБ, Здвинской ЦРБ, Куйбышевской ЦРБ, Линевской ЦРБ, НКРБ показатель чуть ниже – 35,6%.

Замеряют показатели в ГНОКБ (30,2%), в 14 медицинских организациях только на 20%. Тем не менее, Здвинская ЦРБ и Линевская РБ анализируют свои показатели чаще остальных (51,1%). 14 из 18 МО отслеживают информацию, полученную в ходе мониторинга на 38,4%.

Вклад в инновационную деятельность и улучшения осуществляют Венгеровская ЦРБ (39,1%), ГНОКБ (39,8%), Куйбышевская ЦРБ (39,1%),

Линевская РБ (39,1%), НКРБ (38%). Активно внедряют улучшения те же медицинские организации: ГНОКБ (41,8%), ЦРБ (41,8%), Венгеровская ЦРБ (41,1%), Куйбышевская ЦРБ (41,1%), НКРБ (41,1%). Инновационная деятельность развита на 33,6% в шести областных организациях. 14 из 18 МО обучают свой персонал лучшим практикам на рабочем месте на 45%.

Таким образом, анализ группы областных медицинских организаций показал, что территориальная разобщенность и удаленность от организаций партнеров влияет на показатели устойчивости развития МО, которые имеют общие значения в большинстве исследуемых медицинских организациях.

В итоге необходимо отметить, что, несмотря на риски внешней среды, деятельность руководителей МО в несколько раз превышает активность среднего значения потенциала устойчивости описанного выше в работе.

7.3 Рейтинг многопрофильных стационаров региона, в составе которых есть поликлинические отделения

Многопрофильные стационары региона имеют ряд преимуществ по сравнению с другими медицинскими организациями.

Во-первых, материально-техническая оснащенность позволяет использовать диагностическое оборудование, как для стационарных, так и для амбулаторных пациентов.

Во-вторых, в стационаре чаще работают медицинские кадры высокой квалификации, которые ведут, в том числе, и поликлинический прием.

В-третьих, преемственность в оказании медицинской помощи осуществляется в рамках одной медицинской организации, что влияет на качество оказания медицинской услуги.

В-четвертых, количество внедренных организационных улучшений в работу стационара меньше, чем в деятельность городской поликлиники, что влияет на текучесть кадров и обновление кадрового потенциала организации в целом.

Как показывают данные таблицы 7.6, количество поликлинических подразделений, участвующих в проекте «Бережливая поликлиника» не более одного, что говорит об ограниченности внедрения бережливых технологий в работу стационара.

Таблица 7.6 – Рейтинг многопрофильных стационаров региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению

Медицинская организация	Количество поликлинических подразделений	Из них участвуют в проекте «Бережливая поликлиника»	Год включения в проект «Бережливая поликлиника»	Потенциал УРМО	Место в рейтинге среди многопрофильных и специализированных МО	Место в рейтинге среди всех медицинских организаций
НОКГВВ №3	1	1	2020	0,5938	1	2
ГКБ №19	4	1	2019	0,5852	2	3
ДГКБ №1	2	1	2019	0,5772	3	4
ГБ № 3	2	1	2020	0,3739	4	14
ГКБ №12	2	1	2020	0,3442	5	20
ГНОКГВВ	1	1	2020	0,3307	6	25
ГКБ №25	1	1	2020	0,3253	7	30
ГДКБ СМП	2	1	2020	0,3064	8	32
Родильный дом №6	3	0	не вкл.	0,2584	9	38
ГКБ №11	1	1	2020	0,2556	10	39
ДГКБ №6	3	1	2020	0,2441	11	40
Средний потенциал группы МО				0,3813		

Среди исследуемых стационаров, в составе которых есть поликлинические отделения, 2 МО включены в проектную деятельность в 2019 году, Родильный дом № 6 не включен в реализацию проекта в силу своей специфики, а 8 МО включены в проект в 2020 году. В данной группе 3 медицинских организации демонстрируют потенциал устойчивости выше в 2 раза, чем среднее значение по

региону. Это говорит о том, что управленческий опыт данных МО можно использовать для бенчмаркинга.

В группе стационаров различного профиля можно выделить группу лидеров, показатели которых существенно отличаются от остальных медицинских организаций. К группе лидеров относятся: НОГВВ № 3, ГКБ № 19 и ДГКБ № 1 (таблица 7.7).

Менеджмент для достижения устойчивого успеха развит у лидирующих МО на 71%, меньше всего уделяют внимание этому вопросу ГКБ № 25, ГНОКГВВ, ГДКБ СМП и Родильный дом № 6 (34,3 %)

Лидеры уделяют развитию системы управления и работе с заинтересованными сторонами 100% усилий.

В остальных случаях показатели распределяются следующим образом. Высокий интерес к устойчивому успеху проявляют: ГБ№ 3, ГКБ № 12, ДГКБ № 6, ГКБ № 11 (68%), другие МО только на 36%.

Все организации одинаково вкладывают усилия в развитие среды организации на 48%.

Работа с заинтересованными сторонами у большинства МО ведется на 44%.

В ситуации с реализацией стратегии и политики оценка медицинских организаций полярная. С одной стороны, 5 из 11 МО уделяют внимание этому вопросу только на 18,5%, а у лидеров 81,8%.

ГБ № 3, ДГКБ № 6 и ГКБ № 11 занимаются реализацией стратегии и политики на 34,3%.

Выработка и развертывание стратегии и политики в группе лидеров достигают показателя 100%. А вот передача информации о стратегии и политике в этой группе реализуется только на 48%. Однако аналогичные показатели у других медицинских организаций ниже в 3–4 раза.

Управление ресурсами у лидеров группы достигает 52,4%, в то время как у четырех МО (ГБ № 3, ГКБ № 25, ГДКБ СМП и Родильный дом № 6) показатель в 2 раза ниже.

Таблица 7.7 – Критерии оценки по направлениям устойчивого развития многопрофильных стационаров региона, в составе которых есть поликлинические отделения

	Потенциал устойчивого развития	Максимальное значение показателя	Среднее значение показателя	Значение показателя по законодательной базе	ГБ №3	НОГ ВВ №3	ГКБ №12	ГКБ №19	ГКБ №25	ГНОКГВВ	ДГКБ №6	ДГКБ №1	ГДКБ СМП	ГКБ №11	Родильный дом №6
1	Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,166	0,0435	0,0278	0,0701	0,1179	0,0701	0,1179	0,0569	0,0569	0,0701	0,1179	0,0569	0,0701	0,0569
1.1	Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25	0,055	0,0075	0,0225	0,2500	0,0225	0,2500	0,0225	0,0225	0,0225	0,2500	0,0225	0,0225	0,0225
1.2	Устойчивый успех	0,25	0,017	0,1375	0,1700	0,0900	0,1700	0,0900	0,0900	0,0900	0,1700	0,0900	0,0900	0,1700	0,0900
1.3	Среда организации	0,25	0,0225	0,0075	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200	0,1200
1.4	Заинтересованные стороны	0,25	0,015	0,015	0,1100	0,2500	0,1100	0,2500	0,1100	0,1100	0,1100	0,2500	0,1100	0,1100	0,1100
2	Стратегия и политика	0,166	0,024	0,0086	0,0532	0,1358	0,0365	0,1358	0,0383	0,0392	0,0568	0,1358	0,0383	0,0568	0,0392
2.1	Выработка стратегии и политики	0,33	0,045	0,0324	0,1111	0,3297	0,0961	0,3297	0,0858	0,0909	0,1111	0,3297	0,0858	0,1111	0,0909

2.2	Развертывание стратегии и политики	0,33	0,0297	0,01	0,0512	0,3300	0,0512	0,3300	0,0726	0,0726	0,0726	0,3300	0,0726	0,0726	0,0726
2.3	Передача информации о стратегии и политике	0,33	0,0726	0,0099	0,1584	0,1584	0,0726	0,1584	0,0726	0,0726	0,1584	0,1584	0,0726	0,1584	0,0726
3	Менеджмент ресурсов	0,166	0,0311	0,0109	0,0458	0,0871	0,0597	0,0871	0,0448	0,0528	0,0565	0,0871	0,0448	0,0538	0,0448
3.1	Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,125	0,0338	0,01	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500	0,0500
3.2	Финансовые ресурсы	0,125	0,0685	0,016	0,0792	0,1023	0,1238	0,1023	0,0417	0,0862	0,1238	0,1023	0,0417	0,1238	0,0417
3.3	Работники организации	0,125	0,0144	0,0068	0,0388	0,0888	0,0509	0,0888	0,0469	0,0469	0,0388	0,0888	0,0469	0,0388	0,0469
3.4	Партнеры и поставщики	0,125	0,0125	0,006	0,0125	0,0450	0,0288	0,0450	0,0288	0,0288	0,0450	0,0450	0,0288	0,0288	0,0288
3.5	Инфраструктура	0,125	0,0120	0,0081	0,0252	0,0538	0,0252	0,0538	0,0252	0,0252	0,0252	0,0538	0,0252	0,0252	0,0252
3.6	Производственная среда	0,125	0,0275	0,0112	0,0275	0,0600	0,0275	0,0600	0,0275	0,0275	0,0275	0,0600	0,0275	0,0275	0,0275
3.7	Знания, информация и технологии	0,125	0,0075	0,0037	0,0350	0,0700	0,0388	0,0700	0,0350	0,0388	0,0150	0,0700	0,0350	0,0150	0,0350
3.8	Природные ресурсы	0,125	0,0113	0,0037	0,0075	0,0550	0,0150	0,0550	0,0150	0,0150	0,0150	0,0550	0,0150	0,0150	0,0150
4	Менеджмент процессов	0,166	0,02	0,01	0,0996	0,0826	0,0639	0,0826	0,0589	0,0639	0,0183	0,0826	0,0589	0,0237	0,0535
4.1	Планирование и управление процессами	0,5	0,08	0,05	0,1150	0,2725	0,1450	0,2725	0,1150	0,1450	0,0650	0,2725	0,1150	0,0975	0,0825

4.2	Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5	0,045	0,015	0,4850	0,2250	0,2400	0,2250	0,2400	0,2400	0,0450	0,2250	0,2400	0,0450	0,2400
5	Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,166	0,04	0,016	0,0419	0,0769	0,0558	0,0769	0,0613	0,0528	0,0302	0,0769	0,0552	0,0398	0,0513
5.1	Мониторинг	0,25	0,0269 7	0,0146	0,0890	0,1307	0,0751	0,1307	0,0890	0,0569	0,0322	0,1307	0,0527	0,0536	0,0494
5.2	Измерение	0,25	0,027	0,0069	0,0571	0,0734	0,0500	0,0734	0,0571	0,0500	0,0548	0,0734	0,0571	0,0719	0,0536
5.3	Анализ	0,25	0,1104	0,054	0,0817	0,1641	0,1152	0,1641	0,1279	0,1152	0,0690	0,1641	0,1279	0,0690	0,1110
5.4	Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25	0,0765	0,0216	0,0249	0,0951	0,0960	0,0951	0,0951	0,0960	0,0258	0,0951	0,0951	0,0453	0,0951
6	Улучшения, инновации и обучение	0,166	0,0138	0,0046	0,0632	0,0935	0,0581	0,0849	0,0651	0,0651	0,0122	0,0769	0,0522	0,0114	0,0127
6.1	Улучшения	0,33	0,02	0,0025	0,1358	0,1486	0,0937	0,1671	0,1383	0,1383	0,0224	0,1671	0,1383	0,0172	0,0224
6.2	Инновации	0,33	0,15	0,0084	0,0990	0,1477	0,1076	0,1958	0,1076	0,1076	0,0251	0,1477	0,0853	0,0251	0,0218
6.3	Обучение	0,33	0,048	0,0172	0,1461	0,2669	0,1486	0,1486	0,1461	0,1461	0,0263	0,1486	0,0911	0,0263	0,0323
	Устойчивость развития организации		0,173	0,079	0,3739	0,5938	0,3442	0,5852	0,3253	0,3307	0,2441	0,5772	0,3064	0,2556	0,2584

В целом все медицинские организации данного типа занимаются планированием и анализом на 40%.

Управлением финансовыми ресурсами ГКБ № 12, ДГКБ № 6 и ГКБ № 11 занимаются на 99%, исключая возможность спонтанного принятия решения. Самый низкий показатель по данному направлению у ГКБ № 25, ГДКБ СМП и Родильный дом № 6 составляет 33%.

Вложенные усилия в кадровую политику у тройки лидеров достигают 71%. У ГБ № 3, ДГКБ № 6 и ГКБ № 11 только 31%.

Работа с партнерами и поставщиками у НОГВВ № 3, ГКБ № 19, ДГКБ № 1 и ДГКБ № 6 ведется на уровне 36%. Самый низкий показатель в группе у ГБ № 3 (10%).

Тройка лидеров занимается развитием инфраструктуры на 43%, у других медицинских организаций это показатель ниже в 2 раза.

Аналогичная картина по показателю «Производственная среда»: тройка лидеров – 48%, остальные МО – 22%.

У лидеров вклад в знания, информацию и технологии осуществляются на 56%, а в сохранение природных ресурсов – 44%, другие медицинские организации отличаются от лидеров по показателям в 3 раза в меньшую сторону.

Менеджменту процессов наиболее полно уделяют внимание в ГБ № 3 (60%) и тройке лидеров (49,7%). Самые низкие значения – у ДГКБ № 6 (11%).

Вводят дополнительные меры по планированию и управлению процессами: НОГВВ № 3, ГКБ № 19 и ДГКБ № 1 (54,5%). А вот ответственность и полномочия, связанные с процессами, наиболее интенсивно распределяют в ГБ № 3 (97%). По обоим показателям ДГКБ № 6 имеет самые низкие значения в группе – 13% и 9% соответственно.

Вкладывает усилия в направление «Мониторинг, измерение, анализ и изучение» тройка лидеров на уровне 46,3%, а самое низкое значение у ДГКБ № 6 (18,1%). Такие значения показателя у лидирующих медицинских организаций достигается за счет мониторинга (52,3%), измерения (29,6%), анализа (65,6%), а также сводного анализа показателей (38%). Другие медицинские организации

значительно меньше уделяют внимание детальному измерению своей деятельности.

По направлению «Улучшения, инновации, обучение» показатели тройки лидеров разошлись. На первом месте – НОГВВ № 3 (56,3%), на втором месте – ГKB № 19 (51,2%) и на третьем месте – ДГКБ № 1 (46,3%). При этом НОГВВ № 3 сделал акцент на обучении персонала лучшим практикам на рабочем месте (80,8%), ГKB № 19 ориентируется на улучшения (50,6%) и инновации (59,3%), ДГКБ № 1 примерно поровну распределяет усилия улучшениям (50,6%), инновациям (44,8%) и обучению (45%).

Таким образом, три медицинские организации (НОГВВ № 3, ГKB № 19 и ДГКБ № 1) независимо друг от друга расширили управленческие полномочия, что привело к повышению уровня устойчивости развития до лидирующих позиций в регионе. Данные медицинские организации могут служить примером лучшего управленческого опыта.

Кроме того, ГБ № 3 может быть примером в таких процессах, как достижение менеджмента устойчивого успеха, менеджмента процессов и передачи ответственности и полномочий, связанных с процессами.

ДГКБ № 6 внедряет методы, способствующие распределению финансовых ресурсов.

ГKB № 11 формирует стратегию устойчивого успеха и делегирует полномочия.

В целом все исследуемые медицинские организации демонстрируют показатели выше среднего уровня.

Имеет место быть комбинация управленческих методов и приемов, которые характерны для группы стационаров. К ним относится внедрение управленческих приемов, приводящих к достижению устойчивого успеха, внешняя интеграция и работа с заинтересованными сторонами, разработка и реализация в полном объеме стратегии и политики медицинской организации, управление ресурсами и процессами, а также тщательный мониторинг и анализ деятельности организации.

7.4 Рейтинг медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению

На основе анализа и обобщения данных медицинских организаций, участвующих в исследовании, необходимо отметить, что городские МО демонстрируют потенциал устойчивости выше сельских. Хороший и удовлетворительный уровень устойчивого развития демонстрируют 14 МО (таблица 7.8):

Таблица 7.8 – Рейтинг всех медицинских организаций

Медицинская организация	Количество поликлинических подразделений	Из них участвуют в проекте «Бережливая поликлиника»	Год включения в проект «Бережливая поликлиника»	Потенциал УРМО	Оценка потенциала УРМО	Соответствие работы МО нормативным требованиям
ККДП № 27	11	4	2017	0,7286	Хорошее	Соответствует
НОКГВВ № 3	1	1	2020	0,5938	Удовл.	Соответствует
ГКБ № 19	4	1	2019	0,5852	Удовл.	Соответствует
ДГКБ № 1	2	1	2019	0,5772	Удовл.	Соответствует
ГКП № 21	4	4	2019	0,5742	Удовл.	Соответствует
ГКП № 29	9	5	2019	0,5219	Удовл.	Соответствует
ГНОКБ	8	1	2020	0,4468	Удовл.	Соответствует
ГКП № 20	8	2	2019	0,4464	Удовл.	Соответствует
ГП № 24	2	2	2019	0,4091	Удовл.	Соответствует
ГКП № 14	2	2	2020	0,3943	Удовл.	Соответствует
ГКП № 16	10	1	2017	0,3926	Удовл.	Соответствует
Куйбышевская ЦРБ	4	2	2019	0,3753	Удовл.	Соответствует
НКРБ № 1 (Кольцово)	1	1	2020	0,3739	Удовл.	Соответствует
ГБ № 3	2	1	2020	0,3739	Удовл.	Соответствует
ГКП № 2	9	3	2019	0,3628	Неудовл.	Соответствует
ГП № 17	3	2	2020	0,3593	Неудовл.	Соответствует
ГКП № 22	7	2	2020	0,3579	Неудовл.	Соответствует

Убинская ЦРБ	1	1	2020	0,3549	Неудовл.	Соответствует
Краснозерская ЦРБ	2	1	2020	0,3546	Неудовл.	Соответствует
ГКБ № 12	2	1	2020	0,3442	Неудовл.	Соответствует
Усть-Тарская ЦРБ	1	1	2020	0,3391	Неудовл.	Соответствует
Доволенская ЦРБ	1	1	2020	0,3350	Неудовл.	Соответствует
Венгеровская ЦРБ	1	1	2020	0,3339	Неудовл.	Соответствует
Мошковская ЦРБ	2	1	2020	0,3338	Неудовл.	Соответствует
ГНОКГВВ	1	1	2020	0,3307	Неудовл.	Соответствует
Тогучинская ЦРБ	2	2	2019	0,3307	Неудовл.	Соответствует
Новосибирская ЦРБ	17	2	2019	0,3278	Неудовл.	Соответствует
Линевская РБ	2	2	2019	0,3261	Неудовл.	Соответствует
Кыштовская ЦРБ	2	1	2020	0,3258	Неудовл.	Соответствует
ГКБ № 25	1	1	2020	0,3253	Неудовл.	Соответствует
Кочковская ЦРБ	1	1	2022	0,3197	Неудовл.	Соответствует
ГДКБ СМП	2	1	2020	0,3064	Неудовл.	Соответствует
Черепановская ЦРБ	1	1	2019	0,3036	Неудовл.	Соответствует
СП № 8	2	0	не вкл.	0,3017	Неудовл.	Соответствует
Здвинская ЦРБ	1	1	2019	0,3012	Неудовл.	Соответствует
Татарская ЦРБ	2	1	2020	0,3010	Неудовл.	Соответствует
ГП № 18	6	3	2020	0,2826	Неудовл.	Соответствует
Родильный дом № 6	3	0	не вкл.	0,2584	Неудовл.	Соответствует
ГКБ № 11	1	1	2020	0,2556	Неудовл.	Соответствует
ДГКБ № 6	3	1	2020	0,2441	Неудовл.	Соответствует
Коченевская ЦРБ	2	2	2020	0,1977	Абс.неудовл.	Соответствует
Средний потенциал МО региона				0,3733		

– 7 поликлиник, активно внедряющих бережливые технологии и другие управленческие модели;

– 4 стационара, три из которых могут быть примером лучшего опыта;

– 3 областных медицинских организации.

Несмотря на различные условия предоставления первичной медико-санитарной помощи и разнообразную комбинацию управленческих подходов в исследуемых медицинских организациях, оценка потенциала УРМО позволила провести сравнительный анализ и математически оценить вклад каждого направления в потенциал устойчивости медицинских организаций, и в итоге сформировать рейтинг (рисунок 7.1).

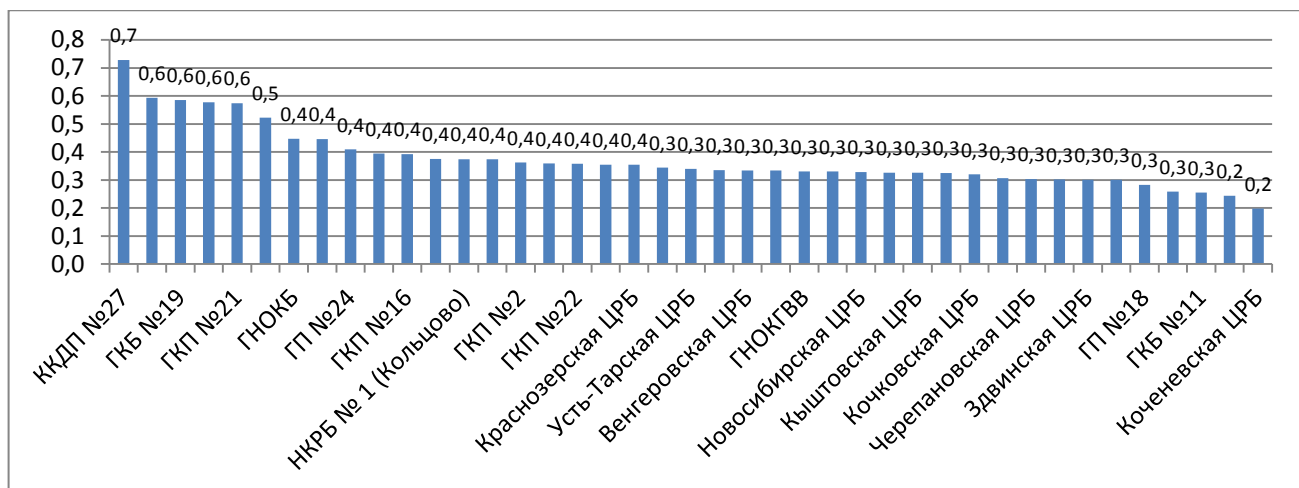


Рисунок 7.1 – Рейтинг медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих ПМСП населению

Далее в нашем исследовании был обобщен опыт шести МО, занимающих последние строки рейтинга (Татарская ЦРБ, ГП № 18, Родильный дом № 6, ГКБ № 11, ДГКБ № 6 и Коченевская ЦРБ), и проведен сравнительный анализ со средними значениями показателей (рисунок 7.2).

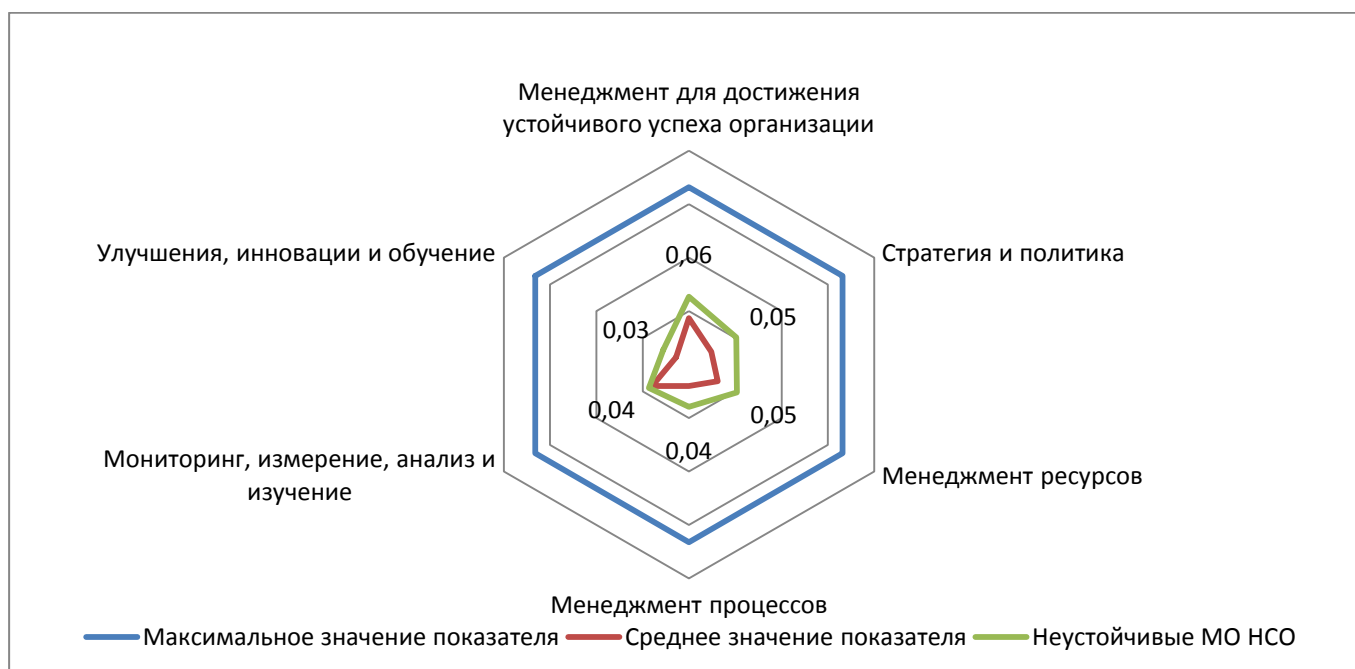


Рисунок 7.2 – Оценка отдельных направлений неустойчиво развивающихся медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих помощь в амбулаторных условиях

В результате все направления устойчивого развития были равны или превышали средние значения показателей: менеджмент устойчивого развития – в 1,4 раза; стратегия и политика – в 2,1 раза; менеджмент ресурсов – в 1,7 раза; менеджмент процессов – в 2 раза; улучшение, инновации, обучение – в 2,4 раза; показатель «мониторинг, измерение, анализ и изучение» сопоставим со средними значениями. Это говорит о том, что данная группа МО в своей работе ориентируется на управленческие практики, принятые в большинстве МО, однако этого недостаточно для обеспечения устойчивого роста МО.

С другой стороны, был проанализирован опыт 6 медицинских организаций, занимающих верхние строки рейтинга (ККДП № 27, НОГВВ № 3, ГКБ № 19, ДГКБ № 1, ГКП № 21 и ГКП № 29), и в итоге получены следующие результаты (рисунок 7.3).

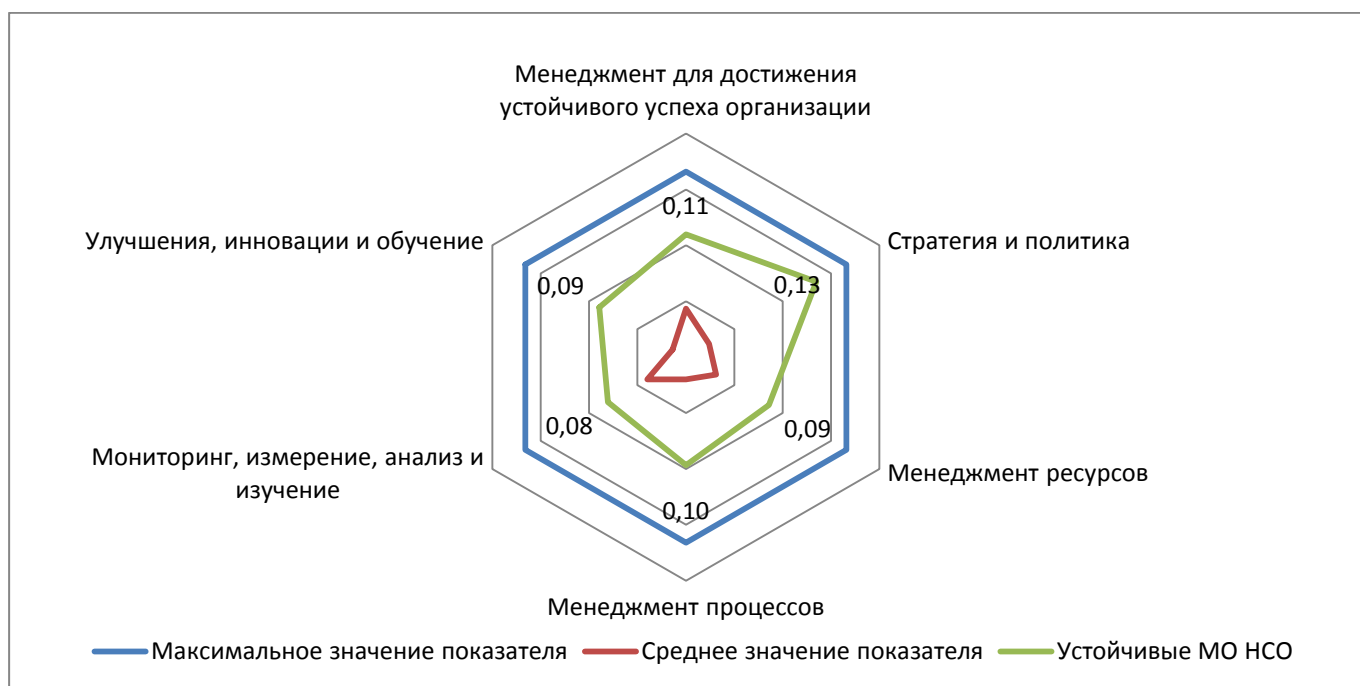


Рисунок 7.3 – Оценка отдельных направлений устойчиво развивающихся медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих помощь в амбулаторных условиях

Устойчиво развивающиеся МО Новосибирской области чаще проводят мониторинг, измерение, анализ и изучение в 2 раза; менеджмент ресурсов – в 3 раза; менеджмент процессов – в 5 раз; стратегия и политика – в 5,4 раза;

улучшение, инновации, обучение – в 6,4 раза, чем средние значения показателей по данным социологической оценки.

Данные значения показателей достигнуты благодаря внедрению бережливых технологий, лидерства руководства и внедрения организационных изменений в работу медицинской организации.

Сравнивая отдельные направления УРМО региона (рисунок 7.4), с медицинскими организациями, продемонстрировавшими самые низкие показатели, можно сделать вывод, что развиваясь в единых условиях управления региональными органами власти, единого подхода к распределению ресурсов, природно-климатических и социально-экономических условиях, работая в едином нормативно-правовом поле медицинские организации могут развиваться за счет внедрения различных управленческих моделей и организационных изменений в деятельность МО.

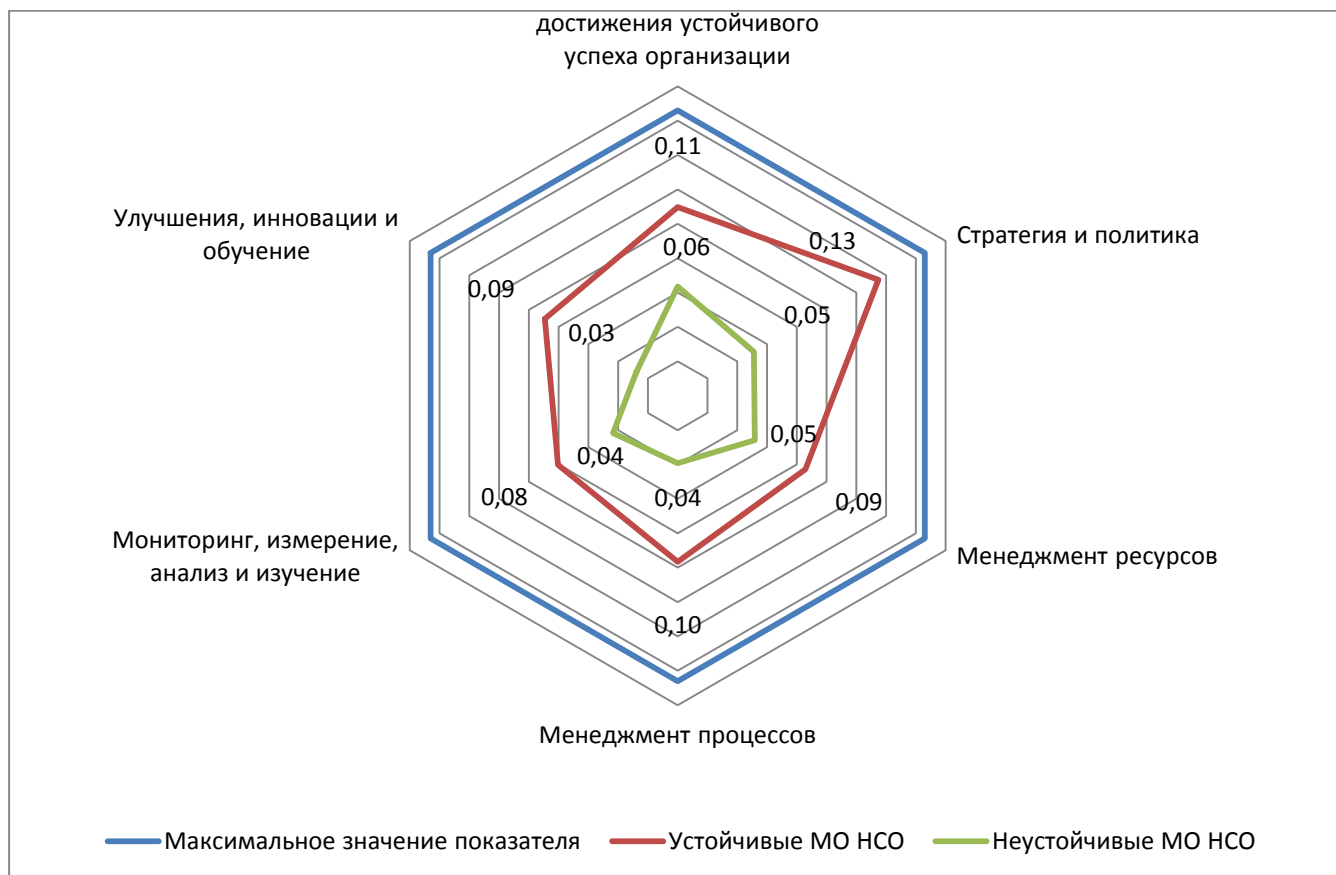


Рисунок 7.4 – Сравнительная оценка отдельных направлений устойчиво развивающихся медицинских организаций Новосибирской области, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, с МО, продемонстрировавшими самые низкие показатели

Рассмотрим наилучшие практики, которые демонстрируют медицинские организации региона. Из всех организаций, участвовавших в рейтинге, 4 МО достигли высоких показателей (71%) в направлении «Менеджмент для достижения устойчивого успеха» – НОГВВ № 3, ГKB № 19, ГКП № 21 и ДГКБ № 1. Прежде всего, за счет развития системы менеджмента в целом (100%).

Управленческим технологиям по развертыванию стратегии и политики можно поучиться у 5 МО (НОГВВ № 3, ГKB № 19, ГКП № 21, ГКП № 29, ККДП № 27 и ДГКБ № 1).

Включают в управленческие процессы работу с заинтересованными сторонами в полном объеме (100%) 6 из 41 МО (НОГВВ № 3, ГKB № 19, ГКП № 21, ККДП № 27 и ДГКБ № 1).

На 48% развивают производственную среду НОГВВ № 3, ГKB № 19, ГНОКБ и ДГКБ № 1.

Управление знаниями развито в 4 МО на уровне 56% (НОГВВ № 3, ГKB № 19, ГКП № 21, и ДГКБ № 1). Эти же медицинские организации на 44% управляют охраной природных ресурсов.

Ответственность и полномочия, связанные с процессами, распределяют в полном объеме 6 из 41 МО (ГНОКБ, ГКП № 16, ГКП № 20, ГП № 24, ГКП № 29, ККДП № 27).

Передача информации о стратегии и политике выражена на 100% у ГКП № 29 и ККДП № 27. Они же работают по направлению обучения персонала на рабочем месте.

За лучшей практикой в анализе данных можно обратиться в ГКП № 14. А наилучшими МО в сводном анализе показателей являются ГКП № 14 и ККДП № 27 (91,7%).

Наиболее уверенно ведут инновационную деятельность в ГKB № 19 (59,3%).

ККДП № 27 единственный лидер в таких показателях как: «Выработка стратегии и политики» (100%), «Менеджмент ресурсов» (61%), «Планирование и

анализ ресурсного обеспечения» (72%), «Управление финансовыми ресурсами» (100%), «Работники организации» (87%), «Работа с поставщиками и партнерами» (100%), «Инфраструктура» (50,7%), «Менеджмент процессов» (86%), «Планирование и управление процессами» (72%), «Мониторинг, измерение, анализ и изучение» (71,8%), «Мониторинг» (87,9%), «Измерение» (52,3%), «Улучшение, инновации, обучение» (63,9%) и «Улучшение» (100%). Такие значимые результаты в работе ККДП № 27 смогла достичь благодаря профессиональной команде управленцев и внедрению модели устойчивого развития медицинских организаций.

70,7% руководителей стремятся устойчиво управлять своими организациями на уровне 68%.

Большинство медицинских организаций (95,1%) развивают среду организации на уровне 48%.

Важно, что ряд медицинских организаций указали в анкете максимальное достижение показателя, исключив работу первоначального уровня. Например, руководители НОГВВ № 3, ГКБ № 19, ГКП № 21 и ДГКБ № 1 четко уверены, что выработка стратегии и политики исключает возможность спонтанного определения стратегических целей организации, что позволило достичь 99% значения данного показателя.

Управление финансовыми ресурсами у ГКБ № 12, ДГКБ № 6, ГКБ № 11, Венгеровской ЦРБ, ГНОКБ, Красноозерской ЦРБ, Кыштовской ЦРБ, Усть-Тарской ЦРБ, ГКП № 16, ГКП № 20, ГП № 17, ГП № 18, ГКП № 29, ГП № 24, ГКП № 22 осуществляется на уровне 99%. Это свидетельствует о том, что руководители исключают возможность незапланированного перераспределения финансовых средств. В настоящее время медицинские организации в большинстве своем работают в условиях высокого риска воздействия внешней среды из-за возникновения новых очагов инфекционных заболеваний или необходимости соответствовать новым нормативным требованиям. Поэтому исследуемым организациям следует расширить работу по управлению финансами и выделить средства для нивелирования внешних или внутренних рисков.

Руководители МО при применении управленческих моделей уверены, что полностью контролируют каждый процесс, однако без развернутой системы менеджмента качества достаточно проблематично достичь безукоризненной работы персонала. Поэтому высшему руководству следует обратить пристальное внимание на решение руководителями подразделений текущих вопросов «по ситуации» или в «ручном режиме». При более тщательном рассмотрении этих случаев, можно увидеть организационные проблемы, так и повод для внедрения организационных улучшений и инноваций, что в свою очередь будет способствовать устойчивому развитию МО в целом.

Таким образом, несмотря на различные условия предоставления первичной медико-санитарной помощи и различную комбинацию управленческих подходов в исследуемых медицинских организациях, предложенная оценка позволяет провести сравнительный анализ и математически оценить вклад каждого направления в потенциал устойчивости медицинских организаций, участвующих в рейтинге.

Предложенная нами оценка потенциала устойчивого развития позволяет высчитывать средние значения для группы медицинских организаций и региона в целом. Так, потенциал УРМО в группе городских поликлиник составил 0,4276, что представляет собой самое высокое значение. На втором месте стационары, имеющие поликлинические отделения – 0,3813. И на третьем месте областные медицинские организации – 0,3323.

В целом все исследуемые медицинские организации региона демонстрируют потенциал устойчивости 0,3733, что соответствует удовлетворительному уровню по шкале желательности Л. Харрингтона (таблица 2.10).

Кроме того, в процессе сравнительного анализа медицинских организаций, выделены управленческие подходы, которые повышают потенциал устойчивости МО вне зависимости от условий оказания медицинской помощи и лучшие практики, позволяющие достичь высокой эффективности работы медицинских организаций региона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решая задачи, поставленные Президентом, система здравоохранения нашей страны претерпевает значительные изменения. Несмотря на интенсивное развитие отрасли и увеличение государственного финансирования в 6,2 раза произошло снижение абсолютного количества медицинских организаций на 15,6%, в основном за счет стационаров, количество которых снизилось на 58%. При этом рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений за исследуемый период составил 13,5%, а с 2008 года на 38,3%. Число основных фондов медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению с 2014 года выросло на 11,6%. Кроме того, вызывают беспокойство нестабильные показатели кадровой оснащенности отрасли.

К 2024 году ряд показателей общественного здоровья должны продемонстрировать существенный рост. К их числу относятся: увеличение средней продолжительности предстоящей жизни на 2,9%; снижение смертности трудоспособного населения на 14,6%; снижение смертности от болезней системы кровообращения и новообразований на 13,4% и 2,9% соответственно. Решение таких задач требует повышения эффективности работы каждой медицинской организации.

В настоящее время уже накоплен опыт внедрения ряда организационных изменений в отрасли здравоохранения. Показали свою результативность модели непрерывного медицинского образования, нормирования труда и стимулирующей системы оплаты труда, которые повысили эффективность кадровой политики. Осуществлен переход на одноканальное финансирование, который позволил оптимизировать финансовое обеспечение медицинских организаций. Строительство новых федеральных центров и медицинских организаций, оснащенных современным дорогостоящим медицинским оборудованием, укрепило материально-техническую базу отрасли. Внедрение новой модели

«Бережливая медицина» позволит оптимизировать работу амбулаторно-поликлинического звена и т. д.

Следуя логике развития событий, внедряемые изменения должны повышать эффективность работы МО, однако анализ отечественной и зарубежной литературы выявил ряд проблем, решение которых носит организационный характер, и лежит в плоскости управления устойчивым развитием медицинской организации.

Решение данных проблем и обусловило разработку комплексного подхода, в результате которого решена проблема интеграции различных методов управления устойчивым развитием. С одной стороны, выявлены факторы устойчивости, общие для любой организации, с другой стороны, проработаны специализированные факторы, способствующие устойчивому развитию медицинской организации, в т. ч. регулируемые нормативно-правовыми документами. Интеграция подходов подтверждена математическим анализом более 550 параметров оценки.

Для определения направлений оценки потенциала устойчивости развития МО, проведен SWOT-анализ методики самооценки ключевых и детализированных элементов стандарта ГОСТ Р ИСО 9004-2009, который выделил сильные и слабые стороны применения положений стандарта в медицинской организации и позволил разработать и научно обосновать авторскую методику интегральной оценки потенциала устойчивости развития МО на основе математического аппарата с применением метода анализа иерархий Т.Л. Саати, шкалы желательности Е. Харингтона и показателей стандарта ГОСТ Р ИСО 9004.

Проведенный сравнительный анализ факторов, влияющих на устойчивое развитие медицинской организации, выделенных в результате пилотного социологического исследования, показал, что УРМО концентрирует свои усилия чаще на: реализации устойчивого развития (на 23,8% выше); анализе эффективности долгосрочного планирования по ключевым показателям деятельности (в 1,4 раза); менеджменте устойчивого развития (на 33,7% выше); формировании профессиональной команды управленцев (на 22,5% выше); эффективном управлении ресурсами в целом (в 1,3 раза), кадровой политикой

(в 1,37 раза), управлении финансами (в 1,25 раза) и материально-техническими ресурсами (в 1,25 раза), в частности систематическое повышение эффективности всех процессов организации (в 2 раза); использовании в работе МО положений стандарта ГОСТ Р ИСО 9001 (в 1,8 раза); анализе конкурентной среды (в 1,2 раза); анализе эффективности принятия решения (в 3 раза); оценке текущих возможностей организации и ее процессов (в 2 раза), внешней интеграции с партнерами: государственными организациями (в 10,12 раза), с общественными организациями (в 5,24 раза), другими МО (в 2,8 раза) и т. д.; совершенствовании технологии оказания медицинских услуг (в 22,4 раза); внедрении улучшений в систему управления МО (в 2,5 раза), чем в медицинских организациях, не демонстрирующих устойчивый рост.

Выделенные ключевые факторы устойчивости развития медицинской организации позволили научно обосновать модель управления УРМО, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, основанную на системном подходе. Такая управленческая стратегия готовит МО к внедрению организационных изменений для достижения долгосрочных целей и повышения эффективности работы поликлиники.

Среди многих элементов управленческой деятельности особое внимание заслуживают механизмы формирования стратегии устойчивого развития и ключевых показателей деятельности организации, основанных на авторской методике оценки потенциала УРМО; применение современных персоналотехнологий; внешняя интеграция МО с вузом, поставщиками, партнерами и другими заинтересованными сторонами; повышение профессионализма команды управленцев с применением современных методов обучения на «фабрике процессов»; способы внедрения организационных улучшений в работу медицинской организации, способствующие экономии ресурсов и оптимизации процессов при условии достижения долгосрочных целей, основанные на проектном управлении, риск-менеджменте с использованием технологии бенчмаркинга.

В современных условиях развития здравоохранения для поддержания эффективности работы организации необходим непрерывный процесс внедрения улучшений на основе технологии бенчмаркинга. Сведения о работе организаций-партнеров представляют собой резерв информации и для бенчмаркинга других процессов организации, что является основой процесса непрерывного совершенствования. Основным критерием эффективности проводимых организационных изменений является достижение ключевых показателей деятельности на протяжении трех и более лет, что соответствует устойчивому развитию процесса. Соответственно, любое улучшение деятельности ведет за собой изменения в стратегическом плане развития организации. Процесс бенчмаркинга становится непрерывным.

Апробация методики оценки потенциала устойчивости развития организации позволила:

1) рассчитать базовую оценку потенциала устойчивости ключевых показателей деятельности типовой медицинской организации по данным законодательной базы, которая составляет 7,9% от максимального значения интегрального показателя;

2) рассчитать усредненный профиль потенциала устойчивости МО по данным собственного МО, который в 2,19 раз выше минимального нормативного значения, но при этой составляет 17,3% от возможного значения потенциала устойчивости;

3) разработать пакет локальных нормативных документов МО, позволяющий реализовать стратегию устойчивого развития и проводить анализ потенциала УРМО на регулярной основе;

4) применить методику оценки в 41 медицинских организациях, оказывающих ПМСП населению Новосибирской области, провести сравнительную оценку потенциала устойчивости МО, которая зависит от управленческой модели, используемой в организации, и сформировать рейтинг устойчиво развивающихся организаций региона.

В результате апробации модели управления устойчивым развитием в ГБУЗ НСО «ККДП № 27»:

1) создан научно-образовательный медицинский комплекс, который позволил осуществить организационные улучшения с минимальными затратами ресурсов, и обучить персонал устойчивому развитию МО на основе созданных образовательных программ в рамках непрерывного медицинского образования врачей;

2) описан пошаговый эффект от внедрения организационных улучшений в работу МО, включая работу с персоналом, оценку удовлетворенности потребителей, мониторинг, управление ресурсами и процессами;

3) в результате внедрения модели управления УРМО интегральная оценка ГБУЗ НСО «ККДП № 27» выросла в 4 раза, эффективность стратегии и политики увеличилась в 5,92 раза, улучшения, инновации, обучение стали эффективнее проводить в 5 раз, менеджмента процессов – в 4,53 раза, менеджмента ресурсов – в 3,5 раза, мониторинг и анализ – в 3,27 раза менеджмент устойчивого развития – в 2,85 раза.

При условии увеличения количества прикрепленного населения в 3 раза, реорганизации работы МО, потери рабочих площадей, изменений в работе МО в связи с пандемией COVID-19, произошла внутренняя интеграция всех процессов организации, оптимизировалось ресурсное обеспечение, которое, с одной стороны, минимизировало излишние затраты, а, с другой стороны, способствовало достижению стратегических целей организации. Улучшились показатели качества и доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе, при сохранении высокого уровня удовлетворенности пациентов.

Таким образом, в работе решены поставленные задачи создания модели управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, в полном объеме, но поскольку тема является актуальной для повышения эффективности деятельности других медицинских организаций, представляется целесообразным развивать данное научное направление.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный комплексный подход к исследованию проблем управления устойчивым развитием организации позволил выделить 71 фактор, влияющий на устойчивость развития медицинских организаций в нашей стране, а также определить приоритетные направления совершенствования деятельности медицинских организаций на современном этапе развития здравоохранения. Среди факторов устойчивости экспертами определены: стратегия и политика медицинской организации, эффективное управление ресурсами, менеджмент устойчивого развития, обучение и развитие персонала, система управления качеством оказания медицинских услуг, эффективное управление лечебно-диагностическими и вспомогательными процессами, внедрение улучшений и инноваций в работу медицинской организации, мониторинг и анализ результатов деятельности медицинской организации, сотрудничество медицинской организации с организациями-партнерами и др. В то же время эксперты определили приоритетные направления совершенствования деятельности медицинских организаций: стратегическое развитие, работа по стандартам международной системы менеджмента качества ИСО 9001, работа по стандартам ИСО 9004 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации».

2. Разработанная интегральная методика оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации позволяет руководителям проводить анализ эффективности работы медицинской организации, как в целом, так и по отдельным направлениям и процессам. Проведение оценки проводится по 350 процессам, 24 группам, 6 направлениям деятельности иерархической матрицы устойчивого развития медицинской организации с формированием интегрального показателя оценки. Предложенный инструмент применим при оценке базового состояния развития медицинской организации, оценке внедрения организационных изменений, проведении бенчмаркинга, а также для формирования рейтинга медицинских организаций региона.

3. Анализ нормативно-правовой документации и официальных статистических данных выявил, что интенсивное реформирование отрасли здравоохранения за последние 15 лет, позволило сформировать условия для развития медицинских организаций и повышения показателей общественного здоровья в нашей стране. Тем не менее, базовый потенциал устойчивого развития медицинских организаций, рассчитанный на основании данных анализа нормативной базы, составляет 7,9% от максимального значения интегрального показателя, и указывает на недостаточную проработанность данного вопроса на государственном уровне.

4. Проведенное пилотное социологическое исследование позволило определить средний потенциал устойчивости развития медицинских организаций в нашей стране, который в 2,19 раз выше минимального нормативного значения интегрального показателя. Наиболее успешны в достижении долгосрочных целей развития медицинские организации, внедряющие систему менеджмента качества стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и реализующие стратегию развития, их потенциал устойчивости превышает среднее значение показателя на 30%, а эффективность управления ресурсами выше на 94,2%. Сравнительный анализ устойчиво развивающихся медицинских организаций с организациями, не демонстрирующими устойчивый рост, выявил, что в устойчиво развивающихся организациях эффективность такой деятельности, как менеджмент устойчивого развития, управления ресурсами и процессами, управление качеством оказания медицинской помощи, реализация стратегии и политики, а также бенчмаркинг и кадровая политика в 3–5 раз выше, чем в альтернативной группе.

5. Комплексная оценка влияния различных факторов на устойчивость развития медицинских организаций выявила ряд ключевых направлений деятельности, влияние которых на устойчивость максимально: квалифицированный персонал (9,31 балла), материально-техническая оснащенность организации (9,14 баллов), работа профессиональной команды управленцев (9,07 балла), эффективное управление ресурсами (8,98 балла), эффективная кадровая политика (8,92 балла), комплекс лечебно-диагностических

услуг (8,79 балла), систематические повышение эффективности и результативности процессов (8,71 балла), управление лечебно-диагностических процессом (8,94 балла), систематический мониторинг и анализ результативности медицинской организации (8,57 балла) и менеджмент развития (8,36 балла).

6. Разработанная модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, базируется на стратегии развития, внутренней и внешней интеграции, ключевых показателях эффективности организации и ее отдельных процессов, эффективной кадровой политике, бережливой медицине, бенчмаркинге, обучении персонала на «фабрике процессов», а также методике оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации. Апробация модели на базе ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27» в период с 2016 по 2022 гг. показала свою эффективность: показатели удовлетворенности пациентов по результатам внешней оценки выросли на 34,2%, удовлетворенность сотрудников организации выросло на 36,1%, оптимизировалось ресурсное обеспечение, которое минимизировало излишние затраты, способствовало достижению стратегических целей организации, доступность врачей специалистов детского консультативного отделения возросла в 5 раз; качество оформления медицинской документации в 2,7 раза; достижение выполнения плана по неотложной помощи на 77,5%; достигнуты критерии «точно во время» и по предварительной записи на прием к врачу во всех подразделениях, участвующих в реализации новой модели, а потенциал устойчивости возрос в 4 раза.

7. Оценка потенциала устойчивости развития медицинских организаций региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению показала свою эффективность. Устойчиво развивающиеся медицинские организации Новосибирской области чаще проводят мониторинг, измерение, анализ и изучение в 2 раза; менеджмент ресурсов – в 3 раза; менеджмент процессов – в 5 раз; стратегия и политика – в 5,4 раза; улучшение, инновации, обучение – в 6,4 раза, чем средние значения показателей по данным социологической оценки. При формировании рейтинга рассчитаны средние

значения для групп медицинских организаций и региона в целом. Так, потенциал устойчивого развития в группе городских поликлиник составил 0,4276, в группе стационаров, имеющих поликлинические отделения – 0,3813, в группе областных медицинских организаций – 0,3323. В целом, все исследуемые медицинские организации региона демонстрируют потенциал устойчивости 0,3733, что соответствует удовлетворительному уровню.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации рекомендуется использовать методику оценки потенциала устойчивости развития медицинской организации для формирования рейтинга медицинских организаций и оценки эффективности их деятельности.

2. Законодательным органам субъектов Российской Федерации предлагается рассмотреть следующие вопросы: о внесении изменений и дополнений в нормативные акты субъектов Российской Федерации по регулированию отдельных направлений интеграции участников рынка медицинских услуг для повышения эффективности работы медицинской организации.

3. Органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации рекомендуется использовать методику оценки потенциала устойчивого развития организации для формирования рейтинга медицинских организаций региона; разрабатывать нормативные, правовые акты, регламентирующие управление стратегией устойчивого развития медицинских организаций, что позволит оптимизировать государственное ресурсное обеспечение и контроль за деятельностью медицинских организаций.

4. Медицинским организациям различных организационно-правовых форм собственности для повышения эффективности деятельности рекомендуется использовать в практической работе:

– методику интегральной оценки потенциала устойчивого развития медицинской организации для корректировки стратегии развития медицинской организации в статике по шести ключевым направлениям и в динамике по годам, а также для проведения бенчмаркинга устойчиво развивающихся медицинских организаций по отдельным направлениям деятельности;

– процедуры внедрения организационных изменений позволяют реализовывать стратегию устойчивого развития и проводить анализ потенциала устойчивого развития медицинской организации на регулярной основе;

– учебно-научный медицинский комплекс позволяет проводить обучение персонала менеджменту устойчивого развития в зависимости от потребности медицинской организации в организационных изменениях, увеличивать эффективность использования ресурсов и совершенствовать процессы;

– модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, позволяющую детально разрабатывать индивидуальный план развития медицинской организации.

5. Образовательным организациям высшего и дополнительного профессионального образования рекомендуется использовать разработанные образовательные программы повышения квалификации врачей-организаторов здравоохранения для практико-ориентированной подготовки руководителей менеджменту устойчивого развития в рамках непрерывного медицинского образования.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Настоящее исследование определяет существенный пласт научной проработки проблемы устойчивого развития медицинских организаций, как первичного звена, так и других уровней оказания медицинской помощи населению.

Работа рассматривает лишь один из аспектов проблемы формирования рейтингов медицинских организаций на региональном и государственном уровне, исследования в этом направлении могут быть продолжены в направлении моделирования системы сбалансированных показателей в области качества оказания медицинской помощи и ее интеграции в работу медицинской организации, осуществляющего стратегию устойчивого развития.

Перспективы дальнейшего исследования проблемы просматриваются в более глубоком изучении вопросов:

- системного подхода в работе кадровых служб медицинских организаций для достижения устойчивого развития;
- моделирования работы «фабрики процессов» в контексте подготовки кадрового резерва специалистов здравоохранения;
- оценки эффективности моделей внешней интеграции медицинской организации с партнерами, поставщиками, пациентами и другими заинтересованными сторонами;
- выявления механизмов повышения эффективности преемственности в работе медицинских организаций для сокращения потерь времени и достижения качества оказания медицинских услуг в условиях ресурсосбережения и исключения дублирующих функций медицинских организаций.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

Венгеровская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Венгеровская центральная районная больница»

ВУЗ – высшее учебное заведение

ГБ № 3 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская больница № 3»

ГБУЗ НСО – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области

ГДКБ СМП – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи»

ГКБ № 11 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 11»

ГКБ № 12 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 12»

ГКБ № 19 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 19»

ГКБ № 25 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 25»

ГКП № 14 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 14»

ГКП № 16 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 16»

ГКП № 2 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 2»

ГКП № 20 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 20»

ГКП № 21 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 21»

ГКП №22 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 22»

ГКП № 29 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 29»

ГНОКБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

ГНОКГВВ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Государственный Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

ГП № 17 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская поликлиника № 17»

ГП № 18 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская поликлиника № 18»

ГП № 24 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская поликлиника № 24»

ДГКБ № 1 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Детская городская клиническая больница № 1»

ДГКБ № 6 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Детская городская клиническая больница № 6»

Доволенская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Доволенская центральная районная больница»

Здвинская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Здвинская центральная районная больница»

Кафедра ОЗ и ОЗ – кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья

ККДП № 27 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27»

Коченевская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Коченевская центральная районная больница»

Кочковская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Кочковская центральная районная больница»

Краснозерская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Краснозерская центральная районная больница»

Куйбышевская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Куйбышевская центральная районная больница»

Кыштовская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Кыштановская центральная районная больница»

Линевская РБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Линевская районная больница»

МО – медицинская организация

Мошковская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Мошковская центральная районная больница»

НГМУ – ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

НИИ – научно-исследовательские организации

НИР – научно-исследовательская работа

НКРБ № 1 (Кольцово) – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирская клиническая районная больница № 1»

Новосибирская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирская клиническая центральная районная больница»

НОКГВВ № 3 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Госпиталь ветеранов войн № 3»

НУРМО – медицинская организация, не демонстрирующая устойчивый рост

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПГГ – Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

Родильный дом № 6 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Клинический родильный дом № 6»

СМК – система менеджмента качества

СМУР – система менеджмента устойчивого развития

СП № 8 – Государственное автономное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Стоматологическая поликлиника № 8»

ССУЗ – средне специальное учебное заведение

Стандарт ГОСТ Р 9001-2015 – национальный стандарт ГОСТ Р 9001-2015 «Системы менеджмента качества»

Стандарт ГОСТ Р 9004-2019– национальный стандарт ГОСТ Р 9004-2019. «Руководство по достижению устойчивого успеха организации»

Татарская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Татарская центральная районная больница имени 70-летия Новосибирской области»

Тер. ФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Тогучинская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Тогучинская центральная районная больница»

Убинская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Убинская центральная районная больница»

УРМО – устойчиво развивающаяся медицинская организация

Усть-Тарская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Усть-Тарская центральная районная больница»

ЦРБ – центральная районная больница

Черепановская ЦРБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Черепановская центральная районная больница»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.Ю. Непрерывное образование и аккредитация специалистов организации здравоохранения и общественного здоровья / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича, А.В. Фомина и др. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. – № 4. – С. 127–134.
2. Абрамов, А.Ю. Формирование прототипа «идеальной» модели компетенций руководителя-менеджера в здравоохранении / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича, Е.Е. Комиссаров и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 525–530.
3. Авдеева, М.В. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования / М.В. Авдеева, В.В. Ващенко, В.С. Лучкевич, В.А. Баркаева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 44, № 4. – С. 2.
4. Алленов, А.М. Многофакторный анализ и математическое моделирование в управлении общественным здоровьем / А.М. Алленов, С.А. Никифоров, А.В. Белостоцкий, В.С. Казанцев, В.Г. Винокуров // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2015. – № 4. – С. 53–56.
5. Андреев, В.Г. Регулирование работы медицинского персонала в единой медицинской информационно-аналитической системе / В.Г. Андреев, О.В. Медведева, Н.А. Афолина, М.Н. Дмитриева, В.А. Дорохов // Военно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 341, № 10. – С. 66–68.
6. Андреева, О.М. Обзор современных общемировых тенденций в обеспечении общественного здоровья и медико-социальной помощи пожилым / О.М. Андреева, И.Б. Шикина, И.Ю. Чухриенко // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: сборник материалов. – 2018. – С. 29–32.
7. Анищенко, П.Н. Система управления качеством оказания медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении / П.Н. Анищенко, В.А. Чирков // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2012. – № 4. – С. 79–81.

8. Армашевская, О.В. Вопросы кадровой политики в научных исследованиях / О.В. Армашевская, Л.И. Меньшикова // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9. – № 4. – С. 147–158.
9. Артамонова, Г.В. Анализ достижения целей СМК в НИИ КПССЗ СО РАМН за 2011–2013 годы. Перспективы 2014 года / Г.В. Артамонова, Т.С. Костомарова, Я.В. Данильченко, Д.В. Крючков, Н.В. Черкасс // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2014. – № 2. – С. 56–65.
10. Артамонова, Г.В. Бережливое производство как возможный метод эффективного управления в здравоохранении / Г.В. Артамонова, Я.В. Данильченко, Т.С. Костомарова // Главный врач: Хозяйство и право. – 2014. – № 2. – С. 24–29.
11. Артамонова, Г.В. Нужна ли система менеджмента качества научно-исследовательскому медицинскому учреждению? / Г.В. Артамонова, Т.С.Баженова // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право: материалы международного форума / под общей редакцией И.О. Маринкина, М.А. Садового. – 2012. – С. 210–214.
12. Артамонова, Г.В. Оценка удовлетворенности персонала научно-медицинской организации взаимоотношением с руководителем / Г.В. Артамонова, Д.В. Крючков, Я.В. Данильченко, Д.В. Карась // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 56–64.
13. Артамонова, Г.В. Результативность системы менеджмента качества НИИ КПССЗ СО РАМН в 2012 году. Политика в области качества и стратегические цели 2013 года / Г.В. Артамонова, Т.С. Костомарова, Д.В. Крючков, Н.В. Черкасс // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2013. – № 2. – С. 51–57.
14. Артюхов, И.П. Дефицит врачебных кадров: есть ли перспективы для изменений? / И.П. Артюхов, А.В. Шульмин, Е.А. Добрецова, И.Л. Аршукова, Л.С. Титов, А.А. Ланг // Социология медицины. – 2017. – Т. 16, № 2. – С. 115–118.
15. Артюхов, И.П. Оценка человеческого капитала здоровья как составляющая систем поддержки принятия управленческих решений / И.П. Артюхов, А.В.

- Шульмин, Е.А. Добрецова, В.К. Никитенко // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2015. – Т. 10, № 1. – С. 54–56.
16. Артюхов, И.П. От концепции выживания к стратегии развития: стратегический менеджмент в здравоохранении / И.П. Артюхов, А.А. Калмыков, А.Ю. Сенченко // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2005. – № 2. – С. 75–80.
17. Бабенко, А.И. Информационно-аналитические модели оценки распространенности патологии как элемент стратегического планирования в здравоохранении / А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко, А.Л. Томчук, Ю.И. Бравве // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1–1. – С. 21–23.
18. Бабенко, А.И. Методологические основы комплексной оценки медико-экономической эффективности здравоохранения / А.И. Бабенко, О.В. Пушкарев // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2014. – Т. 34, № 2. – С. 89–94.
19. Баймурадова, Э.А. Использование статистических методов при анализе обусловленности здоровья населения / Э.А. Баймурадова, В.С. Полунин, Н.В.Полунина // Меняющийся мир официальной статистики здравоохранения: субъектность & глобализм: материалы третьего съезда медицинских статистиков города Москвы. – Москва, 2021. – С. 16–17.
20. Балашов, П.Ю. Роль современной службы управления персоналом в осуществлении кадровой политики ЛПУ / П.Ю. Балашов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 5. – С. 19.
21. Барсукова, И.М. Особенности организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи для пациентов акушерско-гинекологического профиля / И.М. Барсукова, И.В. Ким, Е.Н. Пенюгина, Е.Ю. Тявокина // Джанелидзеvские чтения – 2022: сборник научных трудов научно-практической конференции. – СПб., 2022. – С. 11–13.

22. Башмаков, О.А. Совершенствование системы подготовки руководящих кадров здравоохранения / О.А. Башмаков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 1. – С. 11.
23. Бебчук, М.А. Опыт применения системного подхода к разработке критериев оценки эффективности труда / М.А. Бебчук, Э.В. Зимица // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 3. – С. 190–208.
24. Бедорева, И.Ю. Внедрение системы управления качеством медицинской помощи в федеральном учреждении здравоохранения / И.Ю. Бедорева, М.А. Садовой, В.А. Пелеганчук, А.В. Стрыгин, П.С. Добров // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 10–13.
25. Бедорева, И.Ю. Внедрение системы управления качеством медицинской помощи в федеральном учреждении здравоохранения / И.Ю. Бедорева, М.А. Садовой, В.А. Пелеганчук, А.В. Стрыгин, П.С. Добров // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 10–13.
26. Бедорева, И.Ю. Внедрение системы управления качеством травматолого-ортопедической помощи / И.Ю. Бедорева, М.А. Садовой, А.В. Стрыгин, Т.Н. Садовая, П.С. Добров // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 2. – С. 91–98.
27. Бедорева, И.Ю. Внутренний аудит – инструмент управления процессом оказания специализированной медицинской помощи // Хирургия позвоночника. – 2008. – № 2. – С. 80–87.
28. Бедорева, И.Ю. Документация системы менеджмента качества Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии / И.Ю. Бедорева, В.В. Рерих, А.В. Стрыгин, В.Ю. Самарина // Хирургия позвоночника. – 2007. – № 1. – С. 81–86.
29. Бедорева, И.Ю. Исследование проблем научно-исследовательской деятельности и путей их решения в научной медицинской организации / И.Ю. Бедорева, Р.А. Казаков, О.А. Латуха, А.Ф. Гусев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.

30. Бедорева, И.Ю. Модель устойчивого развития научно-исследовательского учреждения здравоохранения, оказывающего высокотехнологичную медицинскую помощь / И.Ю. Бедорева, О.А. Латуха, Л.С. Шалыгина // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 269–279.
31. Бедорева, И.Ю. Основные пути решения проблем кадровой политики в концепции устойчивого развития медицинской организации / И.Ю. Бедорева, Л.С. Шалыгина, Р.А. Казаков, С.В. Соколов, О.А. Латуха, А.Ф. Гусев // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 33.
32. Бедорева, И.Ю. От системы менеджмента качества к менеджменту устойчивого развития медицинской организации / И.Ю. Бедорева, О.А. Латуха, Л.С. Шалыгина // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 3. – С. 109.
33. Бедорева, И.Ю. Применение процессного подхода в системе управления качеством медицинской помощи / И.Ю. Бедорева, Т.Н. Садовая, А.В. Стрыгин, Т.А. Стрыгина // Хирургия позвоночника. – 2007. – № 4. – С. 62–72.
34. Бедорева, И.Ю. Результаты внедрения менеджмента качества в федеральном учреждении здравоохранения / И.Ю. Бедорева, М.А. Садовой, А.В. Стрыгин, Т.Н. Садовая, П.С. Добров // Сибирский научный медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 89–97.
35. Бедорева, И.Ю. Система управления качеством специализированной медицинской помощи пациентам с травмой позвоночника на основе принципов ИСО серии 9000 / И.Ю. Бедорева, Н.Г. Фомичев, М.А. Садовой, В.Ю. Самарина // Хирургия позвоночника. – 2004. – № 3. – С. 89–96.
36. Бедорева, И.Ю. Социологическое исследование проблем современной науки в научной медицинской организации / И.Ю. Бедорева, О.А. Латуха, Р.А. Казаков, А.Ф. Гусев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.
37. Бедорева, И.Ю., Гусев А.Ф., Шалыгина Л.С., Латуха О.А., Казаков Р.А. Система процессного управления медицинской научной организацией. – Новосибирск, 2017. – 101 с.
38. Березников, А.В. Экспертизы медицинской помощи: санкции и взаимодействие со страховыми компаниями / А.В. Березников, С.О. Шкитин,

- В.А. Шкитин, А.М. Лебедева, Ю.О. Онуфрийчук // *Здравоохранение*. – 2016. – № 4. – С. 68–73.
39. Берри, Л. Практика управления MayoClinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации / Л. Берри, К. Селтман / пер. с англ. А. Козлова. – М.: Манн, Иванов и Фербер; Эксмо, 2013. – 384 с.
40. Билалов, Ф.С. Организация работы диагностических подразделений медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях / Ф.С. Билалов, Г.П. Сквирская, И.М. Сон // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2017. – Т. 25, № 3. – С. 155–160.
41. Биликтуева, Г.Д. Муниципальный заказ на дополнительное профессиональное образование как организационно-экономический механизм развития человеческого капитала / Г.Д. Биликтуева // *Философия образования*. – 2014. – № 2. – С. 158–176.
42. Боев, В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа / В.С. Боев // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2014. – № 3. – С. 44–46.
43. Бойко, Ю.П. Бережливый менеджмент в профилактике заболеваемости / Ю.П. Бойко, М.А. Шаповалова, М.Е. Путин, И.А. Кашкарова, И.Г. Мамедов // *Медицинский вестник МВД*. – 2021. – № 1 (110). – С. 19–23.
44. Бокчубаев, Э.Т. О системном подходе к стратегии реформирования здравоохранения / Э.Т. Бокчубаев, А.В. Клименко, С.И. Шляфер // *Здравоохранение Кыргызстана*. – 2013. – № 4. – С. 50–57.
45. Борцова, О.А. Некоторые аспекты государственных мер развития инновационной деятельности в высших учебных заведениях / О.А. Борцова // *Экономические проблемы реализации стратегического плана устойчивого развития г. Новосибирска: сборник научных трудов межвузовского семинара за 2005 год*. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2006. – С. 29–33.
46. Брынза, Н.С. Эффективность подходов обеспечения качества медицинской помощи и непрерывного медицинского образования в контексте

- положительных трендов заболеваемости / Н.С. Брынза, Д.И. Кича, Н.М. Захарченко // Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 1. – С. 60–63.
47. Бузин, В.Н. Организация медицинской помощи в амбулаторных условиях в период пандемии: мнение населения / В.Н. Бузин, И.М. Сон // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 265–280.
48. Булычева, Е.В. Основы эффективного инновационного управления планирования и проведения научных исследований в условиях глобальных трендов развития рынков здравоохранения / Е.В. Булычева, Н.П. Сетко // Инновации в здоровье нации: сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2015. – С. 114–118.
49. Буслаева, Г.Н. Значение дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение» в подготовке будущих врачей / Г.Н. Буслаева, Н.В. Полунина, В.С. Полунин, Н.М. Ашанина, А.М.А. Аль Сабунчи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 9–10. – С. 9–14.
50. Васильев, И.В. К вопросу о правовых предпосылках модернизации здравоохранения Российской Федерации / И.В. Васильев, А.В. Калининченко // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 1 (7). – С. 134–140.
51. Вечорко, В.И. Нормативное регулирование доступа пациента к медицинской документации / В.И. Вечорко, И.Ю. Чухриенко, И.Б. Шикина // Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития: сборник материалов конференции IV ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича / под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. – 2017. – С. 73–74.
52. Вечорко, В.И. Пятилетний анализ заболеваемости прикрепленного населения пожилого возраста в амбулаторном центре города Москвы / В.И. Вечорко, И.Б. Шикина, Ю.Б. Сергеева // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23, № 9–10. – С. 12–13.

53. Восканян, Э.В. Глобальные тренды и сценарии развития современного здравоохранения / Э.В. Восканян, И.Б. Шикина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 628–652.
54. Восканян, Ю.Э. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении / Ю.Э. Восканян, И.Б. Шикина // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 1 (35). – С. 18–31.
55. Восканян, Ю.Э. Безопасность медицинской помощи – понятийные и эпидемиологические аспекты / Ю.Э. Восканян, И.Б. Шикина // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 1. – С. 64–70.
56. Вялков, А.И. Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серёгина // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 5. – С. 62–66.
57. Вялков, А.И. Современные подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серёгина, Ф.С. Билалов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 9. – С. 12–17.
58. Вялков, А.И. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, И.А. Купеева, В.Б. Розанов, С.А. Леонов, Ф.С. Билалов, А.В. Гажева, В.А. Евдаков, Н.А. Кравченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 216–220.
59. Габуева, Л.А. Обеспечение внутреннего контроля качества кадрового менеджмента медицинских организаций в условиях внедрения «эффективного контракта» / Л.А. Габуева, Э.В. Зимина // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 4. – С. 53–56.
60. Гайдаров, Г.М. Организационные основы экспертизы качества работы среднего и младшего медицинского персонала в многопрофильной медицинской организации / Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Алексеева, Н.Г. Сафонова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – Т. 128, № 5. – С. 83–89.

61. Гайдаров, Г.М. Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ / Г.М. Гайдаров, Н.П. Ледяева, Н.Г. Сафонова, Н.Ю. Алексеева // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 1. – С. 43–54.
62. Голубев, Н.А. Исторические аспекты методологии сбора и обработки медико-статистической информации в Российской Федерации / Н.А. Голубев, А.В. Поликарпов, Е.В. Огрызко, И.Б. Шикина, О.О. Захарченко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, № 5.
63. Горбач, Н.А. Совершенствование системы последиplomной подготовки медицинского персонала / Н.А. Горбач, Н.А. Фомина // Международный журнал экспериментального образования. – 2010. – № 1. – С. 34–35.
64. Гріднев, О. Социологическая оценка организации первичной медико-санитарной помощи в рамках внедрения трехуровневой системы / О. Гріднев, А. Белостоцкий // Врач. – 2015. – № 5. – С. 81–82.
65. Гришина, Н.К. Роль дневных стационаров при АПУ в повышении эффективности первичной медико-санитарной помощи / Н.К. Гришина, Н.Б. Соловьева, О.А. Козаченко, З.А. Абдулсаламова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 59–64.
66. Гусев, А.Ф. Разработка системы процессного управления проведением научных исследований в медицинском научно-исследовательском учреждении / А.Ф. Гусев, И.Ю. Бедорева, Э.Р. Хафизова // Хирургия позвоночника. – 2010. – № 4. – С. 90–97.
67. Давидов, Д.Р. Дефекты лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия» в стационарных условиях / Д.Р. Давидов, И.Б. Шикина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 1. – С. 3.
68. Давидов, Д.Р. Изучение удовлетворенности медицинского персонала психиатрической службы качеством оказания медицинской помощи / Д.Р.

- Давидов, И.Б. Шикина, А.В. Масыкин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 2. – С. 282–295.
69. Давидов, Д.Р. Стандартные операционные процедуры как элемент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / Д.Р. Давидов, И.Б. Шикина, А.С. Москвичева, С.И. Шляфер. – М., 2021.
70. Данилов, А.В. Опыт использования методики servqual для измерения удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг / А.В. Данилов, И.М. Сон, Л.И. Меньшикова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 519–524.
71. Данильченко, Я.В. Оценка вовлеченности сотрудников научно-медицинского учреждения в управление деятельностью / Я.В. Данильченко, Д.В. Крючков, Г.В. Артамонова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 1. – С. 62–65.
72. Данильченко, Я.В. Тип вовлеченности сотрудников научно-медицинского учреждения в достижение ее целей / Я.В. Данильченко, Д.В. Крючков, С.А. Максимов, Г.В. Артамонова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 57, № 5. – С. 5.
73. Делигирова, О.А. Анализ реализации кадровой политики в учреждениях здравоохранения (на примере Переволоцкой центральной районной больницы) / О.А. Делигирова // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. – 2014. – № 3. – С. 44–48.
74. Дзугаев, А.К. Приоритетные направления кадровой политики в Российской Федерации / А.К. Дзугаев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 1. – С. 8.
75. Долгова, И.Г. Особенности адаптации системы сбалансированных показателей для оценки эффективности внедрения процессно-ориентированного подхода в региональную систему организации офтальмологической помощи / И.Г. Долгова, В.О. Щепин, Т.Н. Проклова //

Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1–2. – С. 48–54.

76. Долгова, И.Г. Особенности внедрения процессного подхода в управление региональной системой организации офтальмологической помощи населению Тюменской области с построением концептуальной модели управления / И.Г. Долгова, В.О. Щепин, Т.Н. Проклова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24- № 4. – С. 217–223.
77. Дыбин, А.С. Методы стратегического планирования и экспертных оценок в обосновании управленческих решений по совершенствованию медицинского обеспечения военнослужащих в арктическом регионе / А.С. Дыбин, Э.М. Мавренков, С.А. Кузнецов, А.А. Жданов, И.В. Эшкинин, Л.И. Меньшикова // Военно-медицинский журнал. – 2023. – Т. 344, № 2. – С. 13–21.
78. Евдаков, В.А. Актуальные аспекты деятельности центров здоровья для взрослого населения / В.А. Евдаков, Н.Е. Найденова. // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 25–31.
79. Евдаков, В.А. Показатели кадрового обеспечения населения средним медицинским персоналом амбулаторного звена здравоохранения в Российской Федерации в период 2010–2018 гг. / В.А. Евдаков, Ю.Ю. Мельников, А.В. Смышляев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – № 3. – С. 56–64.
80. Евдаков, В.А. Совершенствование деятельности городской поликлиники на основе бережливых технологий / В.А. Евдаков, А.М. Алленов, Г.Б. Артемьева, Д.П. Львова, С.Г. Алехин, М.В. Гушин // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 481–494.
81. Егиазарян, К.А. Экономические аспекты кадровых проблем в здравоохранении / К.А. Егиазарян, Л.Ж. Агтаева // Лечащий врач. – 2013. – № 4. – С. 64.
82. Ендовицкий, А.А. Удовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях / А.А. Ендовицкий, В.В. Люцко, Е.А. Ходакова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 513–527.

83. Ермакова, С.Э. К вопросу о процессно-ориентированной модернизации системы управления в медицинских организациях / С.Э. Ермакова, Е.Г. Евдокимова // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. – 2013. – № 4 – С. 96–99.
84. Ефимов, В.С. Проблемы и перспективы развития сферы здравоохранения Красноярского края до 2030 года: по результатам Делфи опроса экспертов / В.С. Ефимов, Б.Э. Горный, В.Ф. Мажаров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 5. – С. 3.
85. Жданова, М.Г. Современные условия адаптации молодого врача в медицинской организации / М.Г. Жданова, О.А. Латуха // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 3. – С. 112.
86. Железнякова, И.А. Методологические подходы к внедрению системы контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях / И.А. Железнякова, Ю.В. Серяпина, И.А. Михайлов, В.В. Омеляновский, О.А. Сухоруких, Д.В. Лукьянцева, А.Н. Дайхес, Т.И. Курносова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 4 (42). – С. 13–20.
87. Жеребцова, Т.А. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области / Т.А. Жеребцова, В.В. Люцко, С.Л. Леонтьев, Д.О. Михайлова, Е.В. Ануфриева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 427–446.
88. Задворная, О.Л. Социально-экономические аспекты последствий медицинских ошибок в медицинских организациях / О.Л. Задворная, Ю.Э. Восканян, И.Б. Шикина, К.Н. Борисов // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 99–113.
89. Зайцева, Н.В. Роль руководителя в формировании организационной культуры медицинской организации / Н.В. Зайцева, М.В. Левитский // Детская хирургия. – 2013. – № 5. – С. 52–55.
90. Зайцева, Н.В. Формирование мотивации медицинских специалистов как фактор эффективной кадровой политики руководителя медицинской

- организации / Н.В. Зайцева, Р.В. Шурупова, С.А. Ефименко // Врач скорой помощи. – 2013. – № 3. – С. 76–81.
91. Запевалин, П.В. Методические подходы к оценке соответствия деятельности медицинских организаций порядкам оказания медицинской помощи / П.В. Запевалин, И.С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 1. – С. 15–23.
92. Захаренков, В.В. Человеческий капитал и стратегия здравоохранения / В.В. Захаренков, А.И. Бабенко // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2014. – Т. 34, № 1. – С. 72–77.
93. Зеленев, В.В. О реализации кадровой политики в сфере здравоохранения Хабаровского края / В.В. Зеленев, В.Ю. Петрищев // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2014. – № 4. – С. 16–20.
94. Зими́на, Э.В. Медико-правовая грамотность как неотъемлемая компетенция врача / Э.В. Зими́на, В.Г. Дерюшкин, О.А. Гацура // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2019. – Т. 8, № 1 (28). – С. 95–100.
95. Зими́на, Э.В. Руководители медицинских организаций в контексте профессиональной управленческой компетентности / Э.В. Зими́на, Н.Ю. Ануфриева, А.В. Ермолин // Здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 60–67.
96. Зими́на, Э.В. Современные технологии подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения / Э.В. Зими́на // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2012. – № 3. – С. 133.
97. Зиновьева, В.А. Искусство и общественное здоровье: инновационные подходы к укреплению здоровья населения (обзор зарубежного опыта) / В.А. Зиновьева, М.В. Лопатина, М.В. Попович, А.В. Концевая, Е.В. Усова, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 100–107.
98. Зиновьева, В.А. Могут ли муниципальные программы укрепления здоровья улучшить состояние здоровья населения? Обзор зарубежных практик / В.А. Зиновьева, М.В. Попович, А.В. Концевая, Е.В. Усова, А.В. Маньшина, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 5. – С. 103–110.

99. Зубко, А.В. Оценка деятельности региональных сосудистых центров в области помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Российской Федерации / А.В. Зубко, Т.П. Сабгайда, П.В. Шелехов, Е.В. Землянова, В.Г. Запорожченко // Инновационные подходы в современной науке: сборник статей по материалам XLII международной научно-практической конференции. – 2019. – С. 27–31.
100. Зудин, А.Б. Глобальные вызовы для российского здравоохранения / А.Б. Зудин, В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 5. – С. 41–45.
101. Зудин, А.Б. Типологизация национальных систем здравоохранения как фактор траектории реформирования / А.Б. Зудин, В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 4. – С. 32–42.
102. Зудин, А.Б. Тренды в развитии глобального здравоохранения / А.Б. Зудин, В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 5. – С. 32–40.
103. Зулин, Я.В. Экспертная оценка совершенствования организации деятельности территориальной поликлиники / Я.В. Зулин, А.В. Калиниченко, В.А. Борцов, М.Ю. Романенко, И.В. Куликовская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23, № 1. – С. 32–34.
104. Иванов, Д.О. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в условиях федерального перинатального центра / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, В.К. Юрьев, Ш.Д. Харбедия, Е.С. Кулемин. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 2. – С. 9.
105. Иванов, Д.О. Результаты исследования некоторых показателей качества и доступности медицинской помощи детям на региональном уровне / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, К.С. Межидов, А.В. Алексеева, Л.А. Федорова, М.И. Леваднева, Е.Н. Березкина, Ш.Д. Харбедия, В.А. Глущенко, И.И. Могилева, М.Ю. Дайнеко // Медицина и организация здравоохранения. – 2021. – Т. 6, № 4. – С. 4–23.

106. Иванова, А.Е. Оценка деятельности здравоохранения с использованием критериев предотвратимой смертности / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова, Г.Н. Евдокушкина // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 1. – С. 41–52.
107. Иванова, М.А. Рекомендованные штатные нормативы – не документы «прямого действия» // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. – 2016. – № 1. – С. 12–16.
108. Иванова, М.А. Анализ обеспеченности и укомплектованности врачами-терапевтами участковыми в Российской Федерации за период 2007–2016 гг. / М.А. Иванова, В.В. Люцко, А.В. Гажева, Е.В. Огрызко // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – № 1–2. – С. 11–21.
109. Ивахненко, О.И. Оценка методологического качества исследований с использованием анализа влияния на бюджет: основные ошибки / О.И. Ивахненко, Г.Р. Хачатрян, М.В. Сура, М.В. Авксентьева, В.В. Омеляновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – № 4 (34). – С. 11–18.
110. Игнатовский, А. О некоторых аспектах качества медицинской помощи / А. Игнатовский, Е. Соколовский, Н. Вишняков // Врач. – 2012. – № 5. – С. 83–85.
111. Ильинцев, Е.В. Некоторые этические вопросы рейтингования медицинских организаций / Е.В. Ильинцев, Е.О. Ильинцева, И.А. Петрова, В.С. Нечаев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 112–115.
112. Какорина, Е.П. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: метод. рекомендации / Е.П. Какорина, Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко. – М., 2016.
113. Калининская, А.А. Модель финансирования в условиях полного перехода городской поликлиники на общую врачебную практику и фондодержание первичного звена / А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева, Л.А. Бальзамова // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 7. – С. 3–8.
114. Калининская, А.А. Совершенствование организационных форм работы городской медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях / А.А. Калининская, И.М. Сон, О.В. Обухова, Л.А. Бальзамова, Д.С. Терентьева // Вестник Авиценны. – 2017. – № 2. – С. 209–213.

115. Калиниченко, А.В. Перспективы повышения доступности медицинского обслуживания населения с учетом процессов информатизации здравоохранения / А.В. Калиниченко, В.А. Борцов, А.С. Фунтиков, И.В. Куликовская, М.Ю. Романенко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 79–82.
116. Каприн, А.Д. Совершенствование кадровых процессов как условие модернизации кадровой политики в системе здравоохранения / А.Д. Каприн, А.А. Костин, Б.Т. Пономаренко, О.В. Гриднев, Ю.В. Самсонов // Исследования и практика в медицине. – 2015. – № 2. – С. 92–96.
117. Карачевцева, М.А. Организация и результаты экспертизы качества медицинской помощи в стационарах г. Санкт-Петербурга / М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов, П.В. Гуринов // Здравоохранение. – 2014. – № 10. – С. 68–77.
118. Карачевцева, М.А. Организация тематических экспертиз качества медицинской помощи в сфере ОМС: опыт Санкт-Петербурга / М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов, П.В. Гуринов, А.В. Пахомов // Здравоохранение. – 2013. – № 9. – С. 68–79.
119. Карачевцева, М.А. Социально-профессиональный портрет эксперта, включенного в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи Санкт-Петербурга / М.А. Карачевцева, К.А. Савин, С.М. Михайлов // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 6. – С. 38–44.
120. Карелин, А.О. Использование системы управления рисками для совершенствования санитарно-эпидемиологического контроля и надзора / А.О. Карелин, Г.Б. Еремин, И.В. Май, А.Ю. Ломтев, А.В. Киселев, Н.А. Мозжухина // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 1. – С. 81–85.
121. Кицул, И.С. К вопросу об обучении медицинских работников в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / И.С. Кицул, Д.В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 6–8.
122. Кича, Д.И. Зарубежный опыт менеджмента здравоохранения в последипломном медицинском образовании / Д.И. Кича, С.Б. Жигалова, А.В. Таджиева, Т.С. Семенова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2016. – № 2. – С. 5–11.

123. Кича, Д.И. Интеграционные процессы в здравоохранении / Д.И. Кича, А.С. Макарян, И.В. Пачгин // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 4. – С. 139–142.
124. Кича, Д.И. Практически ориентированное непрерывное медицинское образование для врачей и организаторов здравоохранения / Д.И. Кича, О.В. Рукодайный, А.С. Макарян и др. // Вестник последипломного медицинского образования. – 2017. – № 2. – С. 10–15.
125. Кича, Д.И. Интеграционные процессы в здравоохранении / Д.И. Кича, А.С. Макарян, И.В. Пачгин // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 4. – С. 139–142.
126. Князюк, Н.Ф. Интеграция международных стандартов серии ИСО 9000–2000 в систему управления качеством медицинской организации / Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 4. – С. 80–86.
127. Князюк, Н.Ф. Информационное обеспечение системы менеджмента качества медицинской организации / Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул // Врач и информационные технологии. – 2011. – № 2. – С. 18–22.
128. Князюк, Н.Ф. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций / Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2013. – 312 с.
129. Ковалева, В.В. Анализ кадрового обеспечения и объемов деятельности амбулаторно–поликлинических организаций г. Москвы, в условиях реформирования здравоохранения / В.В. Ковалева, Н.К. Гришина, О.В. Гриднев // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 86–90.
130. Конаныхина, А.К. Особенности нормативного правового регулирования системы непрерывного образования управленческих кадров в сфере здравоохранения / А.К. Конаныхина, Э.В. Зимина, А.В. Кочубей, М.В. Наваркин // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1014.

131. Концевая, А.В. Аналитические процедуры и их роль в аудите движения основных средств организаций / А.В.Концевая // Развитие инструментов управления научной деятельностью: сборник статей международной научно-практической конференции: в 4 частях. – 2017. – С. 115–117.
132. Кочубей, А.В. Информированность руководителей медицинских организаций в вопросах охраны труда / А.В. Кочубей, И.Б. Шикина, В.В. Кочубей, О.А. Калинина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – № 3.
133. Кривенко, Н.В. Система управления организационно-экономическими изменениями в сфере здравоохранения / Н.В. Кривенко // Экономика региона. – 2013. – № 1. – С. 149–157.
134. Кривенко, Н.В. Стратегии развития медицинской организации в период проведения изменений / Н.В. Кривенко, О.А. Козлова, Н.Л. Кузнецова // Вопросы управления. – 2014. – № 4. – С. 121–128.
135. Крючков, Д.В. Мнение персонала научной организации о пользе системы менеджмента качества / Д.В. Крючков, Г.В. Артамонова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1–2. – С. 83–85.
136. Крючков, Д.В. Опыт перехода на риск-ориентированную модель системы менеджмента качества медицинской организации / Д.В. Крючков, Е.А. Бацина, Я.В. Данильченко, Д.В. Карась, Г.В. Артамонова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 61, № 6. – С. 309–315.
137. Крякова, М.Ю. Инновационные технологии организации оказания первичной медико-санитарной помощи / М.Ю. Крякова, Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский, Л.И. Меньшикова // Актуальные исследования высшей школы 2023: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Петрозаводск, 2023. – С. 244–249.
138. Крячкова, О.В. Врачебные кадры здравоохранения Тверской области: проблемы, задачи, пути решения / О.В. Крячкова, Д.П. Дербенев, Т.И. Расторгуева // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 216–220.

139. Кудрина, В.Г. Медицинская статистика и цифровое здравоохранение: от исторических корней к современным проблемам / В.Г. Кудрина // Информационные технологии в медицине и здравоохранении: сборник трудов. – Москва. – 2020. – С. 55–65.
140. Кудрина, В.Г. Оптимизация информационных ресурсов научно-исследовательской деятельности с позиций управления качеством/ В.Г. Кудрина, С.А. Трущелёв, С.Г. Комаров, П.С. Экажева // Врач и информационные технологии. – 2018. – № S1. – С. 58–65.
141. Кудрина, В.Г. Оценка результатов научной деятельности с позиций менеджмента качества / В.Г. Кудрина, С.А. Трущелёв, П.С. Экажева // Сибирский вестник медицинской информатики и информатизации здравоохранения. – 2018. – № 1–2. – С. 8–12.
142. Кудрина, В.Г. Современный уровень инновационного развития последиplomного медицинского образования и его перспективы / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, Д.О. Сапралиева // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 50–54.
143. Кудрина, В.Г. Теория и практика индикативного планирования в здравоохранении / В.Г. Кудрина, Д.О. Сапралиева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 2. – С. 60–65.
144. Кулакова, Е. В. Гибкая ценовая политика медицинских организаций / Е. В. Кулакова // Здравоохранение. – 2013. – № 12. – С. 36–41.
145. Купцова, В.О. Инструменты развития кадровой политики в сфере здравоохранения (на примере Республики Коми) / В. О. Купцова // Молодой ученый. – 2015. – № 3. – С. 436–438.
146. Куракова, Н.Г. Переход к модели персонализированной медицины: барьеры и возможные решения / И.М. Сон, А.Н. Петров // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 8. – С. 53–67.
147. Кутырев, Е.М. Научное обоснование структуры, объема и финансирования специализированной поликлинической помощи амбулаторно-консультативного отделения Мариинской больницы / Е.М. Кутырев, Н.И. Вишняков, О.В.

- Емельянов, Л.А. Инешина // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – Т. 22, № 2. – С. 10–13.
148. Куш, О.В. Интеграция усилий учреждений здравоохранения, науки и образования как механизм управления качеством медицинской помощи / О.В. Куш, Г.В. Артамонова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 149–152.
149. Латуха, О.А. Совершенствование системы внутреннего контроля качества работы медицинской организации на основе проектного управления / О.А. Латуха // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2017. – Т. 7, № 5. – С. 225–240.
150. Латышова, А.А. Методика определения оптимальной численности руководителей медицинских организаций / А.А. Латышова, Н.Я. Несветайло, И.М. Сон, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 1. – С. 467–475.
151. Линденбрaten, А.Л. Анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «развитие здравоохранения» / А.Л. Линденбрaten, Н.К. Гришина, В.В. Ковалева и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24, № 6. – С. 324–329.
152. Линденбрaten, А.Л. Возможности применения различных моделей стандартизации для улучшения качества медицинской деятельности / А.Л. Линденбрaten, Н.В. Кондратова, Н.Д. Дубинин // Здравоохранение. – 2015. – № 11. – С. 74–81.
153. Линденбрaten, А.Л. Вопросы управления инновационными процессами в здравоохранении / А.Л. Линденбрaten, Н.К. Гришина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 97–100.
154. Линденбрaten, А.Л. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве / А.Л. Линденбрaten, Н.К. Гришина, В.В. Ковалева и др. // Бюллетень Национального научно-исследовательского

- института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 4–5. – С. 159–167.
155. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к внедрению стимулирующих систем оплаты труда в медицинских организациях / А.Л. Линденбратен // *Здравоохранение*. – 2015. – № 2. – С. 60–65.
156. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // *Здравоохранение*. – 2015. – № 1. – С. 74–79.
157. Линденбратен, А.Л. Мнение персонала медицинских организаций об эффективности систем менеджмента качества и международной сертификации / А.Л. Линденбратен, Н.Д. Дубинин, Е.Ю. Лудупова и др. // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2016. – Т. 24, № 5. – С. 260–265.
158. Линденбратен, А.Л. Организационно-правовые аспекты управления качеством медицинской деятельности / А.Л. Линденбратен // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. – 2014. – № 1. – С. 165–169.
159. Лисовская, Е.Д. Методика поддержки принятия управленческих решений процесса взаимодействия врача и пациента в стоматологии (в рамках организационных технологий) / Е.Д. Лисовская, А.В. Шульмин // *Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке*. – 2017. – Т. 19, № 12. – С. 175–177.
160. Лудупова, Е.Ю. Внутренний аудит как один из инструментов управления медицинской организацией / Е.Ю. Лудупова, М.А. Денисова // *Вестник Росздравнадзора*. – 2014. – № 6. – С. 9–11.
161. Лудупова, Е.Ю. Применение методики проектного управления при внедрении системы менеджмента качества в многопрофильном стационаре / Е.Ю. Лудупова, М.А. Денисова, Р.В. Дугарова // *Здравоохранение*. – 2015. – № 9. – С. 74–81.
162. Лукьянцева, Д.В. Обзор мирового опыта разработки показателей оценки качества медицинской помощи для амбулаторного этапа ее оказания / Д.В.

- Лукьянцева, О.А. Сухоруких, В.В. Омеляновский // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2018. – Т. 11, № 1. – С. 45–49.
163. Маевская, И.В. Усиление кадрового потенциала в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации как важнейшая составляющая повышения доступности и качества медицинской помощи населению / И.В. Маевская, Н.Ю. Алексеева // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 4. – С. 95–98.
164. Макарян, А.С. Свойства интеграционных процессов в здравоохранении / А.С. Макарян, Д.И. Кича, А.В. Фомина, И.В. Пачгин // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 168–169.
165. Мамаева, В.Ю. Стратегия формирования имиджа медицинской организации / В.Ю. Мамаева, В.В. Мацько // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. – 2012. – № 3. – С. 132–134.
166. Мамонова, В.Г. Использование имитационной модели при разработке стратегии функционирования клиники / В.Г. Мамонова, Н.О. Лушникова // Сборник научных трудов Новосибирского государственного технического университета. – 2015. – № 1. – С. 93–104.
167. Маслова, О.П. Моделирование системы управления качеством медицинских услуг // Современные аспекты экономики. – 2014. – № 5 (201). – С. 134–140.
168. Маслова, О.П. Оценка эффективности медицинских услуг на основе ресурсного потенциала: монография / О.П. Маслова. – Самара: Самар. гос. техн. ун-т, 2013. – 143 с.
169. Матыцин, Н.О. Использование современных подходов к менеджменту качества для создания системы управления качеством медицинской помощи / Н.О. Матыцин, А.И. Баранов // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 3. – С. 44–49.

170. Медведева, О.В. Региональное общественное здоровье: оценка вклада кадровой обеспеченности здравоохранения / О.В. Медведева, Л.И. Меньшикова, Н.В. Чвырева, А.В. Гажева, И.Н. Большов // Экология человека. – 2021. – № 12. – С. 4–13.
171. Меркель, В.А. Внедрение системы управления качеством в медицинской организации / В.А. Меркель, С.В. Стародубцев, Р.А. Черёмин // Управление качеством в здравоохранении. – 2015. – № 1. – С. 14–23.
172. Михайлова, Ю.В. Инновационные технологии оценки результативности и эффективности деятельности медицинских организаций ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь/ Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Н.А. Голубев, В.Н. Сорокин, А.А. Муравьева // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 5. – С. 810–815.
173. Михайлова, Ю.В. Общественное мнение о здравоохранении: основные факторы повышения удовлетворенности населения медицинской помощью / Ю.В. Михайлова, Т.А. Сибурина, И.М. Сон, В.О. Щепин, А.Л. Линденбрaten, А.Ю. Михайлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 231–236.
174. Михайлова, Ю.В. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, А.В. Поликарпов и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 51, № 5. – С. 1.
175. Михайлова, Ю.В. Результативность медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, как фактор снижения смертности населения трудоспособного возраста / Ю.В. Михайлова, Н.А. Голубев, Т.П. Сабгайда, А.Ю. Михайлов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 2. – С. 1.
176. Михайлова, Ю.В. Ресурсы медицинских организаций России, оказывающих помощь при инфекционных социально значимых заболеваниях / Ю.В. Михайлова, О.Б. Нечаева, И.Б. Шикина, А.Ю. Михайлов // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97, № 6. – С. 8–15.

177. Михайлова, Ю.В. Теоретические и прикладные аспекты формирования должностной модели руководителя медицинской организации / Ю.В. Михайлова, Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 48, № 2. – С. 1.
178. Моисеева, К.Е. Оценка удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения / К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 4. – С. 9.
179. Морозова, Е.А. Измерение социальных факторов результативности труда персонала научно-исследовательского института медицинского профиля / Е.А. Морозова, О.И. Лузгарева, Я.В. Данильченко, Д.В. Крючков, Д.В. Карась, Г.В. Артамонова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 61, № 3. – С. 9.
180. Мурашко, М.А. Итоги работы федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальных органов по субъектам Российской Федерации в 2013 г. (По материалам итоговой коллегии Росздравнадзора) / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 2. – С. 7–17.
181. Мурашко, М.А. Качество медицинской помощи: новый вектор развития / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2015 – №6 – С. 7–11
182. Мурашко, М.А. О работе Росздравнадзора и его территориальных органов в 2014 г. (по материалам итоговой коллегии) / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 2. – С. 5–12.
183. Мурашко, М.А. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея / М.А. Мурашко, А.В. Самойлова, О.Р. Швабский, И.В. Иванов, И.Б. Минулин А.А. Щерблыкина, Д.Ф. Таут // Общественное здоровье. – 2022. – Т. 2, № 3. – С. 5–15.
184. Мурашко, М.А. Современные подходы к качеству медицинской помощи / М.А. Мурашко, Д.Т. Шарикадзе, Ю.А. Кондратьев // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 2. – С. 37–42.
185. Мухтасарова, Т.Р. Внедрение системы менеджмента качества в амбулаторно–поликлиническом объединении (пилотный проект в условиях новой

- организационной формы) / Т.Р. Мухтасарова, А.В. Погонин, А.А. Тяжелников, Л.Л. Колосов // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 4. – С. 43–46.
186. Навасардян, Н.Н. Отдельные вопросы реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Самарской области на примере службы заместительной почечной терапии / Н.Н. Навасардян, Т.В. Панова, А.С. Навасардян, С.В. Блинов // Управление здравоохранением. – 2015. – № 4. – С. 10–28.
187. Назарова, В.Н. Стратегия развития общественного здравоохранения в городском округе Ступино на период до 2030 года / В.Н. Назарова, Д.А. Парамонов, В.П. Чуднов, А.Е. Рацимор, В.А. Кузнецов, В.И. Стародубов, И.М. Сон, В.А. Евдаков, В.А. Полесский. – М., 2020.
188. Найговзина, Н.Б. Исторические предпосылки научной организации труда в здравоохранении: опыт начала XX века / Н.Б. Найговзина, И.М. Сон, Э.В. Зими́на, А.Ш. Сененко, Д.С. Терентьева // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 60–66.
189. Найговзина, Н.Б. Качество подготовки руководителя – залог эффективности управления медицинской организацией / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зими́на, А.В. Ермолин // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2013. – № 2–3. – С. 130–131.
190. Найговзина, Н.Б. Подходы к оценке численности управленческих кадров здравоохранения / Н.Б. Найговзина, И.М. Сон, Э.В. Зими́на // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 537–558.
191. Найговзина, Н.Б. Проблемы применения порядков оказания медицинской помощи. Обзор литературы / Н.Б. Найговзина, И.М. Сон, Е.А. Корчуганова, Ю.С. Титкова, Е.А. Цветкова, Н.К. Макарова, З.Л. Гончаревская, Ю.В. Федорова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 702–724.
192. Найговзина, Н.Б. Технология интегральной оценки компетенций управленческих кадров здравоохранения / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зими́на, Ю.С. Титкова, Е.П. Васильева, З.Л. Гончаревская, М.А. Патрушев // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 4. – С. 641–652.

193. Нечаев, В.С. Значение государственно-частного партнерства в повышении эффективности оказания высокотехнологичной медицинской помощи / В.С. Нечаев, А.В. Краснов, Д.В. Ефремов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 174–177.
194. Омеляновский, В.В. Единая система и классификация показателей для интегральной оценки результативности и эффективности организации оказания медицинской помощи на уровне субъекта Российской Федерации / В.В. Омеляновский, И.А. Михайлов, Д.В. Лукьянцева, Е.С. Самсонова, Г.Г. Лебедеенко // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2022. – Т. 15, № 4. – С. 442–451.
195. Омеляновский, В.В. Здравоохранение России: учимся жить в новой реальности / В.В. Омеляновский, Н. Быкова // Стандарты и качество. – 2020. – № 3. – С. 80–83.
196. Омеляновский, В.В. Концепция многокритериального анализа принятия решений в текущей системе оценки технологий в здравоохранении России / В.В. Омеляновский, В.К. Федяева, Н.З. Мусина. // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 3–7.
197. Омеляновский, В.В. Обзор международного опыта планирования кадровых ресурсов здравоохранения / В.В. Омеляновский, Т.П. Безденежных, Т.Г. Алхасов, Д.В. Лукьянцева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 3 (37). – С. 32–45.
198. Орманбетова, К.М. Сравнительный анализ кадрового состава в отделах стратегического планирования отечественных и зарубежных организаций здравоохранения / К.М. Орманбетова // Денсаулык сактауды дамыту. – 2012. – № 3. – С. 54–57.
199. Панов, В.П. Врачебные кадры поликлиники как индикатор качества человеческих ресурсов в здравоохранении / В.П. Панов, М.В. Авдеева, Д.Л.

- Логунов, В.Н. Филатов // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2017. – Т. 9, № 3. – С. 97–101.
200. Пачгин, И.В. Методологические и организационные основы развития здравоохранения как приоритетной подсистемы социально–экономической сферы региона / И.В. Пачгин, Д.И. Кича // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2015. – № 3. – С. 76–82.
201. Пачгин, И.В. Особенности кластерного анализа в сферах здравоохранения и социального обеспечения / И.В. Пачгин, Д.И. Кича // Евразийский союз ученых. – 2015. – № 5–5 (14). – С. 59–60.
202. Перхов, В.И. Макроэкономические расходы на здравоохранение в России и за рубежом / В.И. Перхов, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 334–345.
203. Перхов, В.И. О рисках интеграции федеральных государственных учреждений здравоохранения и медицинской науки в систему обязательного медицинского страхования / В.И. Перхов, Д.С. Янкевич, Р.В. Стебунова, Ю.Ю. Юркин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 4. – С. 6.
204. Перхов, В.И. Опыт финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения в США / В.И. Перхов, Ю.Ю. Юркин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2013. – № 1. – С. 160–162.
205. Перхов, В.И. Организация и результаты мониторинга медико-экономических показателей высокотехнологичной медицинской помощи / В.И. Перхов, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, С.Г. Горин // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 8–13.
206. Пивень, Д.В. Должностные обязанности врача и контроль качества и безопасности медицинской деятельности: что необходимо учесть в медицинской организации / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 8. – С. 6–12.
207. Пивень, Д.В. Работа с обращениями граждан и удовлетворение отдельных требований потребителя: что необходимо учитывать медицинским

- организациям / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 77–81.
208. Пивень, Д.В. Требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: как обеспечить координацию работы службы по внутреннему контролю и врачебной комиссии / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 7–11.
209. Пивень, Д.В. Что изменилось для медицинских организаций в связи с принятием нового положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 4–10.
210. Пивень, Д.В. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография / Д.В. Пивень, И.С. Кицул. – М.: Менеджер здравоохранения, 2014. – 172с.
211. Погонин, А.В. Динамика основных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях за 2016–2020 гг. / А.В. Погонин, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 804–811.
212. Поддубская, Е.А. Разработка организационно-информационной модели оценки деятельности научных сотрудников как механизма реализации эффективного контракта в национальном медицинском исследовательском центре профилактической медицины / Е.А. Поддубская, Н.В. Учеваткина, Р.Ю. Родионов, А.В. Концевая, О.М. Драпкина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 2. – С. 11.
213. Полуниин, В.С. Медицинская помощь в рамках добровольного медицинского страхования на базе детского многопрофильного больничного комплекса / В.С. Полуниин, Н.В. Полунина, И.М. Османов, А.К. Миронова // Вопросы практической педиатрии. – 2018. – Т. 13, № 3. – С. 52–55.

214. Полунина, Н.В. Доступность высокотехнологичной медицинской помощи новорожденным с хирургической патологией в условиях региона крайнего севера / Н.В. Полунина, А.Ю. Разумовский, В.А. Саввина, А.Р. Варфоломеев, В.Н. Николаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 39–42.
215. Полунина, Н.В. Изучение оценки профессиональной деятельности руководителя медицинской организации врачами и пациентами / Н.В. Полунина, Г.Н. Буслаева, В.С. Полунин // Теоретические и практические аспекты современной медицины: сборник статей по материалам II международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 41–46.
216. Полунина, Н.В. Разработка и внедрение оптимальной системы взаимодействия крупного многопрофильного детского стационара со страховыми компаниями по программам добровольного медицинского страхования / Н.В. Полунина, И.М. Османов, А.К. Миронова, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2018. – Т. 24, № 2. – С. 60–64.
217. Полунина, Н.В. Согласованность высшего медицинского образования и профессиональной среды – основа эффективного развития системы здравоохранения / Н.В. Полунина, Е.И. Алексеева, Г.Н. Буслаева, Е.Г. Чистякова // Медицинское образование и ВУЗовская наука. – 2018. – № 2 (12). – С. 33–36.
218. Попович, В.К. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи / В.К. Попович, И.Б. Шикина., А.Г. Турчиев, Т.Н. Бакланова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 1. – С. 15.
219. Проклова, Т.Н. К вопросу о ходе реализации государственной политики в сфере здравоохранения / Т.Н. Проклова, Т.И. Расторгуева, О.Б. Карпова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1–2. – С. 119–126.
220. Пузин, С.Н. Качество и эффективность медицинской помощи. Плановая госпитализация больных как составляющий компонент эффективности

- деятельности медицинских организаций / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, К.С. Саблин, И.Р. Сумеди, О.В. Рукодайный, И.Г. Галь // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 3. – С. 5–10.
221. Пузин, С.Н. Социально-экономический подход к анализу удовлетворенности населения качеством платных медицинских услуг / С.Н. Пузин, М.Н. Дудин, О.В. Сертакова // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2016. – № 4. – С. 76–83.
222. Пушкарев, Ю.В. Научно-образовательный потенциал университета для подготовки инновационных кадров / Ю.В. Пушкарев, О.А. Латуха // Профессиональное образование в современном мире. – 2012. – № 4. – С. 157–162.
223. Пушкарева, Е.А. Инновационная деятельность высших учебных заведений г. Новосибирска в контексте проблем интеграции науки и образования / Е.А. Пушкарева, О.А. Латуха // Философия образования. – 2007. – № 2. – С. 194–198.
224. Пушкарёва, Е.А. Интеграция науки и образования: проблемы реализации в образовательном учреждении: монография / Е.А. Пушкарёва, О. А. Латуха. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2014. – 176 с.
225. Пушкарева, Е.А. Инновационная деятельность университета в системе современного образования / Е.А. Пушкарёва, Ю. В. Пушкарев, О. А. Латуха // Философия образования. – 2009. – № 3. – С. 89–93.
226. Ракич, С. Важность обучения менеджеров при внедрении стандартов качества и безопасности в медицинские организации: опыт республики сербской / С. Ракич, С. Стевич, Д. Мартинович, А. Джудурович // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 3. – С. 39–43.
227. Руголь, Л.В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности / Л.В. Руголь, И.М. Сон, Л.И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 3. – С. 10.
228. Руголь, Л.В. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Кириллов, С.Л. Гусева // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 2. – С. 26–34.

229. Руголь, Л.В. Применение метода экспертных оценок для обоснования мероприятий по совершенствованию организации работы центральных районных больниц / Л.В. Руголь, Л.И. Меньшикова, И.М. Сон // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 4. – С. 19–28.
230. Руголь, Л.В. Проблемы кадровой обеспеченности в аспекте доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Л.В. Руголь, И.М. Сон, А.В. Гажева, Ю.В. Михайлова, М.Н. Бантьева // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 1. – С. 49–56.
231. Руголь, Л.В. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Стародубов, Л.И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 1. – С. 1.
232. Сабиров, Л.Ф. Оценка результативности системы менеджмента качества клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 85–89.
233. Савина, А.А. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ / А.А. Савина, С.И. Фейгинова, И.М. Сон, Д.Ш. Вайсман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 52–58.
234. Садовой, М.А. Подходы к созданию системы устойчивого развития в научно-исследовательском учреждении здравоохранения травматолого-ортопедического профиля / М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева, Е.А. Головкин и др. // Хирургия позвоночника. – 2012. – № 1. – С. 89–97.
235. Садовой, М.А. Сравнительный анализ медицинской и общей научной деятельности в Российской Федерации / М.А. Садовой, Р.А. Казаков, О.А. Латуха, Е.В. Мамонова // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 3.
236. Садовой, М.А. Применение идеологии международных стандартов ИСО серии 9000 в создании системы управления качеством медицинской помощи / М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева // Медицинское право. – 2008. – № 1. – С. 34–35.

237. Садовой, М.А. Технология бенчмаркинга в организации управления / М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева, А.Е. Ставский // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 6. – С. 63.
238. Садыкова, Т.И. Актуальные проблемы обучения кадров на циклах профессиональной переподготовки по организации здравоохранения и общественному здоровью / Т.И. Садыкова, И.Г. Низамов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 269–272.
239. Салимова, Т.А. Интеграционные процессы менеджмента качества / Т.А. Салимова // Контроллинг. – 2014. № 1 (51). – С. 60–67.
240. Салимова, Т.А. Устойчивое развитие организации на основе методологии TQM / Т.А. Салимова // Экономика и управление: анализ тенденций и перспектив развития. – 2013. – № 6. – С. 179–183.
241. Сандыбаев, М.Н. Анализ перспективной деятельности высокотехнологичного центра радиационной онкологии города Семей на основе бенчмаркинга / М.Н. Сандыбаев, Т.А. Адылханов // Наука и здравоохранение. – 2015. – № 4. – С. 94–105.
242. Свидерская, Л.Н. Сравнительная оценка организации контроля доступности и качества оказания медицинской помощи в условиях краевой консультативной поликлиники / Л.Н. Свидерская, В.М. Симакова, И.В. Демко, В.Т. Хендогина, А.Н. Кудрявцева, Т.С. Третьяк, Т.В. Пасечник, Ф.П. Чавкунькин // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. – № 5. – С. 53–64.
243. Сененко, А.Ш. К созданию новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: характеристика врачебных кадров участкового звена / А.Ш. Сененко, И.М. Сон, А.В. Гажева и др. // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 3. – С. 32–42.
244. Сененко, А.Ш. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор / А.Ш. Сененко, И.М. Сон, Н.А. Дзюба, О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева, В.А.

- Шелгунов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 4. – С. 6.
245. Серёгина, И.Ф. О правовом значении качества ведения медицинской документации в медицинских организациях / И.Ф. Серёгина, А.В. Колоколов, И.М. Сон, Л.В. Руголь // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 5. – С. 88–94.
246. Серёгина, И.Ф. Состояние организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в субъектах Российской Федерации / И.Ф. Серёгина, С.В. Боброва, И.В. Иванов // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 6. – С. 34–37.
247. Серяпина, Ю.В. Стандартизация порядков оказания медицинской помощи в Российской Федерации / Ю.В. Серяпина, И.А. Железнякова, В.В. Омеляновский, А.А. Кравцов, И.А. Михайлов, А.Н. Дайхес // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 3. – С. 36–43.
248. Сибурина, Т.А. Рейтинги медицинских организаций в системе управления здравоохранением / Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2014. – № 3. – С. 80–89.
249. Сибурина, Т.А. Состояние и эффективность работы с резервом руководящих кадров здравоохранения / Т.А. Сибурина, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 1. – С. 4–9.
250. Сибурина, Т.А. Стратегический резерв руководящих кадров: результаты эмпирического анализа и рекомендации по формированию (на примере здравоохранения) / Т.А. Сибурина, А.А. Князев // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2013. – № 3. – С. 142–162.
251. Сибурина, Т.А. Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития / Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова, Л.К. Лохтина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 3. – С. 12.
252. Сибурина, Т.А. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире / Т.А. Сибурина, О.С. Мишина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 2. – С. 2.

253. Сквирская, Г.П. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации / Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляфер, А.В.Гажева, С.А. Леонов, Н.К. Горшунова // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №1. – С. 27–34.
254. Соловьев, И.Р. Интеграция стратегического и программно-целевого планирования в управлении многопрофильным бюджетным ЛПУ / Р.В. Соловьев, Ю.Ф. Кузьмин // Уральский медицинский журнал. – 2016.– № 1 (134). – С. 104–109.
255. Соловьев, И.Р. Стратегическое планирование и управление в работе частной стоматологической клиники / И.Р. Соловьев, А.Ю. Лопатин, И.А. Сивков, О.А. Буторина, Ю.Ф. Кузьмин // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2016. – № 1 (56). – С. 17–22.
256. Соловьев, Р.В. Методы оптимизации менеджмента в кадровой политике как инструмент повышения эффективности работы медицинской организации / Р.В. Соловьев, Ю.Ф. Кузьмин // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 9 (132). – С. 109–114.
257. Соловьев, Р.В. Эффективность системы контроля и управления качеством оказания медицинских услуг в специализированном медицинском учреждении / Р.В. Соловьев, Ю.Ф. Кузьмин // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 9 (132). – С. 47–52.
258. Солодкий, В.А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет / В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 36–48.
259. Сон, И.М. Индикаторы качества медицинской помощи как инструмент принятия управленческого решения в здравоохранении / И.М. Сон, О.Б. Нечаева, А.В. Гажева // Заместитель главного врача. – 2014. – № 9 (100). – С. 32–38.
260. Сон, И.М. Кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи Российской Федерации 2014–2017 гг. Информационно-аналитический обзор /

- И.М. Сон, А.Ш. Сененко, А.Б. Гармаева, А.В. Гажева, И.А. Купеева, В.И. Стародубов. – М., 2018.
261. Сон, И.М. Направления совершенствования организационных технологий в практике врача-терапевта участкового и врача общей практики в современных условиях / И.М. Сон, Л.В. Руголь, А.В. Гажева // II Международный форум врачей общей практики/семейных врачей: сборник статей / ответственный редактор М.С. Григорович. – 2019. – С. 121–124.
262. Сон, И.М. Некоторые аспекты кадрового обеспечения Федеральных государственных учреждений здравоохранения / И.М. Сон, В.И. Перхов, Т.Ч. Касаева, А.В. Белостоцкий // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 1. – С. 14.
263. Сон, И.М. Немедицинский и прочий персонал, работающий в медицинских организациях, подчиненных субъекту Российской Федерации / И.М. Сон, А.В. Гажева, А.Ш. Сененко, О.О. Захарченко, С.А. Леонов, И.А. Купеева // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 2. – С. 40–48.
264. Сон, И.М. Перспективные модели организации деятельности общих врачебных практик в условиях города / И.М. Сон, А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева, А.В. Гажева, С.И. Шляфер // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98, № 6. – С. 1034–1039.
265. Сон, И.М. Подходы к расчету потребности системы здравоохранения Российской Федерации во врачебных кадрах / И.М. Сон, И.А. Купеева, Н.Я. Несветайло, С.А. Леонов, А.В. Гажева // Здравоохранение. – 2015. – № 1. – С. 44–51.
266. Сон, И.М. Проблемы нормативного обеспечения деятельности медицинских организаций в условиях структурных преобразований / И.М. Сон, Л.В. Руголь, В.И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 10. – С. 63–73.
267. Сон, И.М. Программа госгарантий: сколько нужно врачей, чтобы ее выполнить / И.М. Сон // Здравоохранение. – 2016. – № 7. – С. 78–83.
268. Сон, И.М. Роль и возможности порядков оказания медицинской помощи в управлении медицинской организацией / И.М. Сон, Н.Б. Найговзина, Е.А.

- Корчуганова, Ю.С. Титкова, М.В. Наваркин, Е.А. Цветкова, В.Г. Дерюшкин. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 784–808.
269. Сон, И.М. Роль органов местного самоуправления в решении проблем обеспеченности медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения / И.М. Сон, Л.И. Меньшикова, Н.А. Флеглер, А.Ш. Сененко, Л.В. Руголь // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 54–63.
270. Сон, И.М. Управление качеством диспансеризации взрослого населения в амбулаторно-поликлиническом объединении на основе процессного подхода / И.М. Сон, А.А. Тяжельников, А.Ш. Сененко и др. // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 8. – С. 18–30.
271. Стародубов, В.И. Актуальные проблемы нормативно-правового обеспечения развития общественного здравоохранения в Российской Федерации и пути их решения / В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко и др. // Главврач. – 2015. – № 11–12. – С. 59.
272. Стародубов, В.И. Механизмы, приоритеты и объемы финансового обеспечения научных исследований для здравоохранения в России и США / В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 8. – С. 37–48.
273. Стародубов, В.И. Направления развития здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главный врач: Хозяйство и право. – 2015. – № 3. – С. 4.
274. Стародубов, В.И. Новые экономические условия деятельности учреждений здравоохранения / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 6. – С. 6–13.
275. Стародубов, В.И. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства / В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко и др. // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 6–13.
276. Стародубов, В.И. Оценка жителями Российской Федерации своего здоровья и условий получения медицинской помощи / В.И. Стародубов, Л.И. Меньшикова,

- А.Ш. Сененко, А.В. Зубко // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 8. – С. 25–38.
277. Стародубов, В.И. Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения / В.И. Стародубов, И.М. Сон, С.А. Леонов, С.А. Стерликов // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 15–25.
278. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь. Характеристика сети медицинских организаций и обеспеченность кадрами / В.И. Стародубов, И.М. Сон, Г.П. Сквирская и др. // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 3. – С. 6–15.
279. Стародубов, В.И. Стратегия формирования медико-экономических отношений при одноканальном финансировании и фондодержании в условиях полного перехода городской поликлиники к общей врачебной практике / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, Л.М. Маликова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 6. – С. 9–13.
280. Стародубов, В.И. Финансовые резервы государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 10. – С. 65–73.
281. Стародубов, В.И. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, С.А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 1. – С. 2.
282. Стародубов, В.И. Здравоохранение России: сценарии развития / В.И. Стародубов, Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 2 (2). – С. 34–47.
283. Стасевич, Н.Ю. Модель организации последипломного образования заведующих отделениями стоматологических поликлиник / Н.Ю. Стасевич, А.С. Алейников, М.Ф. Вильк // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 1. – С. 12.
284. Сусллова, Т.А. Информационные системы в практике медицинских организаций / Т.А. Сусллова, М.А. Шаповалова // Актуальные вопросы

- современной медицины: материалы IV международной научно-практической конференции прикаспийских государств. – 2019. – С. 385–387.
285. Сухоруких, О.А. Критерии оценки качества медицинской помощи / О.А. Сухоруких, Д.В. Лукьянцева, В.В. Омеляновский // Менеджмент качества в медицине. – 2018. – № 2. – С. 15–21.
286. Тарасенко, Е.А. Госпитальный бенчмаркинг как маркетинговая технология для усиления конкурентоспособности ЛПУ / Е.А. Тарасенко // Практический маркетинг. – 2013. – № 3. – С. 23–28.
287. Титова, В.А. Современные аспекты управления инновационной деятельностью высшего учебного заведения / В.А. Титова О.А. Латуха. – Новосибирск, 2006. – 168 с. (С. 22–71)
288. Титова, В.А. Современные аспекты управления инновационной деятельностью высшего учебного заведения. / В.А. Титова, О.А. Латуха // Менеджмент в России и за рубежом. – 2007. – С. 42–52. (С.42–43)
289. Тоцкая, Е. Г. Управление инновационной деятельностью в здравоохранении на региональном уровне / Е. Г. Тоцкая, М.А. Садовой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – № 5. – С. 184–194.
290. Трешутин, В.А. Основные составляющие обеспечения качества медицинской помощи в медицинской организации / В.А. Трешутин // Здравоохранение. – 2015.– № 7. – С. 80–85.
291. Тюмина, О.В. Опыт внедрения инновационной модели управления процессом разработки и внедрения новых технологий в медицинском учреждении / О.В. Тюмина, О.Г. Хурцилава, В.Н. Филатов // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 7–11.
292. Угрехелидзе, Д.Т. Анализ международного опыта оценки технологий здравоохранения на уровне лечебно-профилактических учреждений / Д.Т. Угрехелидзе, Р.И. Ягудина, Р.У. Хабриев // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2015. – Т. 1, № 3. – С. 96.

293. Угрехелидзе, Д.Т. Анализ международного опыта оценки технологий здравоохранения на региональном уровне / Д.Т. Угрехелидзе, Р.И. Ягудина, Р.У. Хабриев // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2015. – Т. 1, № 3. – С. 97.
294. Уильямс, Н. Механизм работы национальной исследовательской программы по оценке технологий в здравоохранении Великобритании / Н. Уильямс // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. – № 3. – С. 68–70.
295. Улумбекова, Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России / Г.Э. Улумбекова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5. – С. 3.
296. Филатов, В.Н. Процессный подход – инновационная технология организации профосмотров в медицинском учреждении / В.Н. Филатов, Ф.Н. Кадыров, М.Т. Югай, И.Е. Рыбальченко // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2014. – Т. 6, № 3. – С. 68–74.
297. Фомичев, Н.Г. Опыт разработки системы менеджмента качества в специализированном лечебном учреждении / Н.Г. Фомичев, М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева, В.Ю. Самарина // Хирургия позвоночника. – 2005. – № 2. – С. 84–88.
298. Фомичева, М.Л. Изучение мнения руководителей и врачей участковой службы медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, о совершенствовании организации оказания первичной медицинской профилактики / М.Л. Фомичева, В.А. Евдаков // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 21–28.
299. Фомичева, М.Л. Система медицинской профилактики: основные проблемы / М.Л. Фомичева, Е.Л. Жиленко, В.А. Евдаков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 4. – С. 85–95.
300. Фукс, А.С. Методические подходы к формированию стратегического (долгосрочного) прогноза развития здравоохранения субъекта Российской Федерации / А.С. Фукс, В.О. Щепин, В.Б. Филатов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 2. – С. 68–73.

301. Хабриев, Р.У. Новый критерий оценки общественного здоровья / Р.У. Хабриев, Н.С. Киргизова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 1. – С. 303–307.
302. Хабриев, Р.У. Обзор действующих систем оценки технологий здравоохранения в странах с различным уровнем доходов / Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, Е.Е. Аринина, Д.Т. Угрехелидзе // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2015. – № 1. – С. 7–16.
303. Хабриев, Р.У. Оценка технологий здравоохранения. Международный опыт и перспективы развития / Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, Е.Е. Аринина, Д.Т. Угрехелидзе, В.К. Скоробогатов // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2014. – № 2. – С. 16–22.
304. Хабриев, Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
305. Хайруллин, И.И. Процессный подход и формализация процессов в деятельности медицинской организации / И.И. Хайруллин // Управление качеством в здравоохранении. – 2015. – № 1. – С. 14–23.
306. Халястова, Э.А. Объективный подход в модели стратегии развития организаций, оказывающих медицинские услуги / Э.А. Халястова // Вестник Поволжского государственного университета сервиса. Серия: Экономика. – 2012. – № 22. – С. 203–206.
307. Харин, А.Д. Прогнозирование трудовых ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи Казахстана / А.Д. Харин, И.М. Сон, Б.К. Койчубеков, Б.К. Омаркулов // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 9. – С. 71–80.
308. Хасанов, Р.Ш. Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК с применением стандартов JCI. Первые результаты / Р.Ш. Хасанов, А.В. Шулаев, М.Ф. Мухамадеев, Р.А. Джумабаев, Ю.С. Мухамадиева,

- Б.И. Загидуллин, Р.М. Яхин // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2023. – Т. 12, № 1. – С. 140–144.
309. Хачатрян, Г.Р. Оценка методологического качества клинико-экономических исследований: основные ошибки / Г.Р. Хачатрян, О.И. Ивахненко, М.В. Сура, М.В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 1 (35). – С. 8–17.
310. Хурцилава, О.Г. Общемировые и Российские тенденции развития кадровой политики в сфере здравоохранения / О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов, И.Л. Самодова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Т. 7, № 2. – С. 123–132.
311. Чемодурова, Н.А. Опыт интеграции учреждений здравоохранения Самарской области с единой государственной информационной системой здравоохранения для управления административно–хозяйственной деятельностью / Н.А. Чемодурова // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 1. – С. 6–12.
312. Чижова, В.М. Методы оценки качества медико-социальных услуг: монография / В.М. Чижова, Ю.М. Токарева. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. – 136 с.
313. Чухренко, И.Ю. Законодательное регулирование доступа пациента и его законных представителей к медицинской документации / И.Ю. Чухренко, И.Б. Шикина, В.И. Вечорко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 4. – С. 189–199.
314. Чухриенко, И.Ю. Работа с обращениями граждан: проблемы и пути решения / И.Ю. Чухриенко, В.И. Вечорко, И.Б. Шикина // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2017. – С. 62–66.
315. Шалыгина, Л.С., Бедорева И.Ю., Гецман Я.А. Формирование системы устойчивого развития медицинской организации на основе менеджмента качества / Л.С. Шалыгина, И.Ю. Бедорева, Я.А. Гецман // Бюллетень

- Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2013. – № 1. – С. 365–368.
316. Шальнова, С.А. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, А.Д. Деев, А.В. Концевая, А.Э. Имаева, А.В. Капустина, Г.А. Муромцева, С.Е. Евстифеева, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 65–72.
317. Шаповалова, М.А. Формирование финансовой стратегии медицинской организации / М.А. Шаповалова, С.А. Вешнева, И.Г. Мамедов, Д.А. Шаповалова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 15.
318. Шаповалова, М.А. Анализ эффективности работы медицинской организации с учетом внедрения новых информационных технологий в процесс управления / М.А. Шаповалова, Ю.А. Зурнаджянц, И.А. Кашкарова, А.Р. Хаджаева // Прикаспийский вестник медицины и фармации. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 49–55.
319. Шаповалова, М.А. Информационные системы в практике медицинской организации / М.А. Шаповалова, Т.А. Сусллова, А.А. Абрамов, Д.А. Шаповалова // Медицина и физическая культура: наука и практика. – 2019. – Т. 1, № 4. – С. 37–41.
320. Шаповалова, М.А. Организационно-управленческая модель системной оценки заболеваемости работников мужского пола судостроительной отрасли / М.А. Шаповалова, И.Г. Мамедов // Здоровье населения и среда обитания. – 2020. – № 1 (322). – С. 9–12.
321. Швец, В. Е. Устойчивое развитие и менеджмент качества / В. Е. Швец // Стандарты и качество. – 2005. – № 11. – С. 38–43.
322. Шейман, И.М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И.М. Шейман, В.И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.

323. Шикина, И.Б. Использование карт внутреннего контроля качества при экспертизе медицинской помощи в психиатрической практике / И.Б. Шикина, Д.Р. Давидов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 2. – С. 623–642.
324. Шикина, И.Б. Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельским населением возраста 60+ Калининградской области / И.Б. Шикина, И.Ю. Чухриенко, Т.Г. Задоркина, И.А. Михайлов, И.А. Элизов // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 10. – С. 37–43.
325. Шипова, В.М. Штатное обеспечение деятельности медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний / В.М. Шипова, С.В. Гайдук // Заместитель главного врача. – 2016. – № 2. – С. 23–33.
326. Шляфер, С.И. Оценка показателей, характеризующих оказание хирургической помощи в стационаре пациентам старше трудоспособного возраста в Российской Федерации / С.И. Шляфер, И.Б. Шикина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – № 5.
327. Шляфер, С.И. Показатели деятельности скорой медицинской помощи Москвы / С.И. Шляфер // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 16, № 1. – С. 4–8.
328. Шулаев, А.В. Совершенствование кадровой политики мегаполиса в рамках модернизации здравоохранения / А.В. Шулаев, А.О. Смирнов, А.М. Фатыхов, А.И. Зиатдинов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 584.
329. Шульмин, А.В. Оценка эффективности информационных потоков в системе здравоохранения / А.В. Шульмин, О.В. Воронюк, Е.А. Аверченко, С.В. Смердин // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 23–27.
330. Щепин, В.О. Государственная и муниципальная системы здравоохранения Российской Федерации в 2013 году: обеспеченность основными ресурсами, объемы и показатели деятельности, региональные особенности / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, Л.П. Чичерин и др. // История науки и техники. – 2014. – № 11. – С. 48–62.

331. Щепин, В.О. К вопросу о финансовом менеджменте для руководителей медицинской организации / В.О. Щепин, В.И. Филатов, Т.Н. Проклова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 300–313.
332. Щепин, В.О. К вопросу об оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи за рубежом / В.О. Щепин, А.С. Дьячкова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 296–300.
333. Щепин, В.О. Объем и структура амбулаторно-поликлинических посещений у врачей в Российской Федерации в 2009–2011 гг. / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 9–14.
334. Щепин, В.О. Региональные особенности оказания стационарной медицинской помощи в Российской Федерации / В.О. Щепин, Т.Н. Проклова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 2. – С. 41.
335. Щепин, В.О. Современные подходы к развитию первичной специализированной медицинской помощи / В.О. Щепин, А.С. Дьячкова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 379–382.
336. Щепин, В.О. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности / В.О. Щепин, А.С. Дьячкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 23–26.
337. Щепин, В.О. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения

- Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 1. – С. 15–18.
338. Щепин, О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. – № 6. – С. 3–6.
339. Щепин, О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 3–7.
340. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством амбулаторно–поликлинической помощи детям / В.К. Юрьев, В.В. Соколова // Педиатр. – 2017. – Т. 8, № 6. – С. 24–29.
341. Юрьев, В.К. Оценка родителями организации медицинской помощи детям в амбулаторных условиях / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, Ш.Д. Харбедия, В.А. Глущенко // Российский педиатрический журнал. – 2019. – Т. 22, № 2. – С. 93–98.
342. Юрьев, В.К. Результаты оценки качества стационарной дерматологической помощи с использованием автоматизированной информационной системы / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, М.Г. Хведелидзе // Медицина и организация здравоохранения. – 2017. – Т. 2, № 1. – С. 4–8.
343. Юрьев, В.К. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации: учебно-методическое пособие для магистров по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева. – Санкт-Петербург, 2022. – Сер. Библиотека педиатрического университета.
344. Якубова, И.Ш. Внедрение системы менеджмента качества в испытательных лабораториях: работа с персоналом / И.Ш. Якубова, Е.С. Трегубова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – № 3 (56). – С. 68–77.
345. 100 Top Hospitals and Everest Award Methodology Highlights // Truven Health. – 2014. – 4 p.
346. Abele, E. ETA Learning Factory: A Holistic Concept for Teaching Energy Efficiency in Production / E. Abele, C. J.H. Bauerdick, N. Strobel, N. Panten //

- Procedia CIRP. – 2016. – Vol. 54. – P. 83–88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.06.051>
347. Abraham, C. Transforming healthcare with information technology in Japan: A review of policy, people, and progress / C. Abraham, E. Nishihara, M. Akiyama // International Journal of Medical Informatics. – 2011. – Vol. 80, Issue 3. – P. 157–170. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.01.002>
348. Achour, N. Staff Stress: The Sleeping Cell of Healthcare Failure / N. Achour, S. Munokaran, F. Barker et al. // Procedia Engineering. – 2018. – Vol. 212. – P. 459–466. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2018.01.059>
349. Ahmad, M.F. Moderating Effect of Asean Free Trade Agreement between TotalQualityManagement and Business Performance / M.F. Ahmad, N. Zakuan, A. Jusoh et al. // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2014. – Vol. 129. – P. 244–249. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.673>
350. Akdeniz, M.B. An integrated marketing capability benchmarking approach to dealer performance through parametric and nonparametric analyses / M.B.Akdeniz, T. Gonzalez–Padron, R.J. Calantone // Industrial Marketing Management. – 2010. – Vol. 39 – P. 150–160. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.indmarman.2008.05.002>
351. Alamsjah, F. Key success factors in implementing strategy: middle–level managers’ perspectives / F. Alamsjah // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2011. – Vol. 24. – P. 1444–1450. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.09.049>
352. Aldowaisan, T. Six Sigma performance for non–normal processes / T. Aldowaisan, M. Nourelfath, J. Hassan // European Journal of Operational Research. – 2015. – Vol. 247, Issue 3. – P. 968–977. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2015.06.036>
353. Alharbi, T.S.J. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care / T.S.J. Alharbi, I. Ekman, L.-E. Olsson et al. // Health Policy. – 2012. – Vol. 108, № 2–3. – P. 294–301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.003>
354. Alhuraish, I. A comparative exploration of lean manufacturing and six sigma in terms of their critical success factors / I. Alhuraish, C. Robledo, A. Kobi // Journal of Cleaner

- Production. – 2017. – Vol. 164. – P. 325–337. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.06.146>
355. Alias, Z. Determining Critical Success Factors of Project Management Practice: A Conceptual Framework / Z. Alias, E. M. A. Zawawi, K. Yusof, N. M. Aris // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 153. – P. 61–69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.10.041>
356. Amaratunga, T. Systematic Review of the Application of Lean and Six Sigma Quality Improvement Methodologies in Radiology / T. Amaratunga, J. Dobranowski // *Journal of the American College of Radiology*. – 2016. – Vol. 13, Issue 9. – P. 1088–1095.e7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2016.02.033>
357. Ang, D. Benchmarking statewide trauma mortality using Agency for Healthcare Research and Quality's patient safety indicators / D. Ang, M. McKenney, S. Norwood et al. // *Journal of Surgical Research*. – 2015. – Vol. 198. – P. 34–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2015.05.053>
358. Annunziata, E. The role of organizational capabilities in attaining corporate sustainability practices and economic performance: Evidence from Italian wine industry / E. Annunziata, T. Pucci, M. Frey et al. // *Journal of Cleaner Production*. – 2018. – Vol. 171. – P. 1300–1311. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.10.035>
359. Antoniou, C. Towards a generic benchmarking platform for origin–destination flows estimation/Updating algorithms: Design, demonstration and validation / C. Antoniou, J. Barceló, M. Breen et al. // *Transportation Research Part C: Emerging Technologies*. – 2016. – Vol. 66. – P. 79–98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trc.2015.08.009>
360. Artamonov, V. The Algorithm of Sustainable Development of Organizations: A Social Aspect / V. Artamonov, L. Vorona–Slivinskaya, A. Medvedeva // *Procedia Engineering*. – 2016. – Vol. 165. – P. 1192–1196. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2016.11.838>
361. Ashton, T. Measuring health system performance: A new approach to accountability and quality improvement in New Zealand / T. Ashton // *Health Policy*.

- 2015. – Vol. 119, Issue 8. – P. 999–1004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.012>
362. Aslan, I. Developing Strategies for the Future of Healthcare in Turkey by Benchmarking and SWOT Analysis / I. Aslan, O. Çınar, Ü. Özen // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 150. – P. 230–240. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.043>
363. Atak, M. Importance of educated human resources in the information age and view of information society organizations on human / M. Atak, R. Erturgut // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2010. – Vol. 2, Issue 2. – P. 1452–1456. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.217>
364. Azzopardi-Muscat, N. EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors / N. Azzopardi-Muscat, T. Clemens, D. Stoner, H. Brand // *Health Policy*. – 2015. – Vol. 119, Issue 3. – P. 375–383. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.01.007>
365. Backman, C. Measuring and improving quality in university hospitals in Canada: The Collaborative for Excellence in Healthcare Quality / C. Backman, S. Vanderloo, A. J. Forster // *Health Policy*. – 2016. – Vol. 120, Issue 9. – P. 982–986. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.07.006>
366. Barata, A.N. Comparing healthcare systems: considering Japan and Portugal / A.N. Barata, Y. Tokuda, H.M.G. Martins // *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. – 2012. – Vol. 30, Issue 2. – P. 180–192. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.003>
367. Barocas, D.A. Benchmarking the Use of a Rapid Response Team by Surgical Services at a Tertiary Care Hospital / D.A. Barocas, C.S. Kulahalli, J.M. Ehrenfeld et al. // *Journal of the American College of Surgeons*. – Vol. 218. – P. 66–72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.011>
368. Ben-Assuli, O. Electronic health records, adoption, quality of care, legal and privacy issues and their implementation in emergency departments / O. Ben-Assuli // *Health Policy*. – 2015. – Vol. 119, Issue 3. – P. 287–297. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.11.014>

369. Blöchl, S.J. Simulation Game for Intelligent Production Logistics – The PuLL® Learning Factory / S.J. Blöchl, M. Schneider // *Procedia CIRP*. – 2016. – Vol. 54. – P. 130–135. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.04.100>
370. BohórquezArévalo, L.E. Theoretical approaches to managing complexity in organizations: A comparative analysis / L.E. BohórquezArévalo, A. Espinosa // *EstudiosGerenciales*. – 2015. – Vol. 31. – P. 20–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.10.001>
371. Bolatan, G.I.S. The Impact of Technology Transfer Performance on TotalQualityManagement and Quality Performance / G.I.S. Bolatan, S. Gozlu, L. Alpkan et al. // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2016. – Vol. 235. – P. 746–755. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.11.076>
372. Bramesfeld, A. Mandatory national quality improvement systems using indicators: an initial assessment in Europe and Israel / A. Bramesfeld, M. Wensing, P. Bartels et al. // *Health Policy*. – 2016. – Vol. 120, Issue 11. – P. 1256–1269. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.019>
373. Broman, G.I. A framework for strategic sustainable development / G.I. Broman, K.–H. Robèrt // *Journal of Cleaner Production*. – 2017. – Vol. 140, Part 1. – P. 17–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2015.10.121>
374. Bucher, S. Scaling private health care for the base of the pyramid: Expanding versus broadening service offerings in developing nations / S. Bucher, U. Jäger, A.M. Prado // *Journal of Business Research*. – 2016. – Vol. 69, Issue 2. – P. 736–750. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.07.044>
375. Cachay, J. Developing Competencies for Continuous Improvement Processes on the Shop Floor through Learning Factories–Conceptual Design and Empirical Validation / J. Cachay, E. Abele // *Procedia CIRP*. – 2012. – Vol. 3. – P. 638–643. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2012.07.109>
376. Cavicchi, C. Does intellectual capital promote the shift of healthcare organizations towards sustainable development? Evidence from Italy / C. Cavicchi, E. Vagnoni // *Journal of Cleaner Production*. – 2017. – Vol. 153. – P. 275–286. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.03.175>

377. Çelik, S. A Retrospective Study of SixSigma Methodology to Reduce Inoperability among Lung Cancer Patients / S. Çelik, M. T. Taner, G. Kağan et al. // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2016. – Vol. 229. – P. 22–32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.07.110>
378. Ceric, A. Using blueprinting and benchmarking to identify marketing resources that help co–create customer value / A. Ceric, S. D'Alessandro, G. Soutar, L. Johnson // *Journal of Business Research*. – 2016. – Vol. 69. – P. 5653–5661. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.03.073>
379. Chakravorty, S.S. Six Sigma programs: An implementation model / S.S. Chakravorty // *International Journal of Production Economics*. – 2009. – Vol. 119, Issue 1. – P. 1–16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2009.01.003>
380. Chen, S. The Design of JMP/SAP Based Six Sigma Management System and its Application in SMED / S. Chen, S. Fan, J. Xiong, W. Zhang // *Procedia Engineering*. – 2017. – Vol. 174. – P. 416–424. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.01.161>
381. CHKS – URL: <http://www.chks.co.uk/top-hospitals-2016>. Дата обращения 15.10.16
382. Ciccone, D.K. Linking governance mechanisms to health outcomes: A review of the literature in low– and middle–income countries / D.K. Ciccone, T. Vian, L. Maurer, E.H. Bradley // *Social Science & Medicine*. – 2014. – Vol. 117. – P. 86–95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.010>
383. Componation, P.J. Comparing systems engineering and project success in commercial–focused versus government–focused projects / P.J. Componation, M. Dorneich, J.L. Hansen // *Procedia Computer Science*. – 2015. – Vol. 44. – P. 266–274. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.03.006>
384. Costa, T. Improve the extrusion process in tire production using Six Sigma methodology / T. Costa, F.J.G. Silva, L.P. Ferreira // *Procedia Manufacturing*. – 2017. – Vol. 13. – P. 1104–1111. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2017.09.171>
385. De Barros, S.C., Marinho M., Moura Y.P. An approach to understanding project actuality in small software development organizations and contribute to their success

- / S.C. De Barros, M. Marinho, Y.P. Moura // *Procedia Technology*. – 2014. –Vol. 16. – P. 1146–1154. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.protcy.2014.10.129>
386. Décano, I.R. On behalf of the EURHOBOP investigators A European benchmarking system to evaluate in-hospital mortality rates in acute coronary syndrome: The EURHOBOP project / I.R. Décano, I. Subirana, M. Torre et al. // *International Journal of Cardiology*. – 2015. – Vol. 182 – P. 509–516. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.01.019>
387. Dubey, R. Examining the effect of external pressures and organizational culture on shaping performance measurement systems (PMS) for sustainability benchmarking: Some empirical findings / R. Dubey, A. Gunasekaran, S.J. Childe et al. // *International Journal of Production Economics*. – 2017. – Vol. 193. –P. 63–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2017.06.029>
388. Ebner, K. Exploring the path to success: A review of the strategic IT benchmarking literature / K. Ebner, N. Urbach, B. Mueller // *Information & Management*. – 2016. – Vol. 53. – P. 447–466. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.im.2015.11.001>
389. El-Jardali, F. Design, implementation and scaling up of the balanced scorecard for hospitals in Lebanon: Policy coherence and application lessons for low and middle income countries / F. El-Jardali, S. Saleh, N. Ataya, D. Jamal // *Health Policy*. – 2011. – Vol. 103. – P. 305–314. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.05.006>
390. Enke, J. Competency-oriented Design of Learning Modules / J. Enke, K. Kraft, J. Metternich // *Procedia CIRP*. – 2015. – Vol. 32. – P. 7–12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2015.02.211>
391. Enke, J. Learning Factory Requirements Analysis – Requirements of Learning Factory Stakeholders on Learning Factories / J. Enke, M. Tisch, J. Metternich // *Procedia CIRP*. – 2016. – Vol. 55. – P. 224–229. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.07.026>
392. Farrants, K. The recommodification of healthcare? A case study of user charges and inequalities in access to healthcare in Sweden 1980–2005 / K. Farrants, C.

- Bambra, L. Nylen // *Health Policy*. – 2017. – Vol. 121, Issue 1. – P. 42–49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.005>
393. Fitzsimons, L. Assessing the thermodynamic performance of Irish municipal wastewater treatment plants using exergy analysis: a potential benchmarking approach / L. Fitzsimons, M. Horrigan, G. McNamara et al. // *Journal of Cleaner Production*. – 2016. – Vol. 131. – P. 387–398. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.05.016>
394. Fleming, A. The sustainable development goals: A case study / A. Fleming, R. M. Wise, H. Hansen et al. // *Marine Policy*. – 2017. – Vol. 86. – P. 94–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpol.2017.09.019>
395. Fredriksson, M. Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden / M. Fredriksson, U. Winblad // *Social Science & Medicine*. – 2008. – Vol. 67, Issue 2. – P. 271–279. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.025>
396. Fredriksson, M. Is patient choice democratizing Swedish primary care? // *Health Policy*. – 2013. – Vol. 111, Issue 1. – P. 95–98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.12.002>
397. Freitas, de J.G. Impacts of Lean Six Sigma over organizational sustainability: A survey study / J.G. de Freitas, H.G. Costa, F.T. Ferraz // *Journal of Cleaner Production*. – 2017. – Vol. 156. – P. 262–275. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.04.054>
398. Friendship Among Equals. Recollections from ISO's first fifty years Geneva: ISO Central Secretariat, 1997 – 87p. http://www.iso.org/iso/2012_friendship_among_equals.pdf
399. Fukuda, Y. A combination of an extrapolation method and a benchmark method to develop quantitative health targets for Japan / Y. Fukuda, K. Nakamura, T. Takano // *Health Policy*. – 2002. – Vol. 61. – P. 201–212. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00235-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00235-4)
400. Gagnon, M.-P. A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study / M.-P. Gagnon, J. Payne-Gagnon, J.-P. Fortin et al.

- //International Journal of Information Management. – 2015. – Vol. 35. – P. 636–642.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2015.05.001>
401. Genç, N., İyigün N.Ö. The role of organizational learning and knowledge transfer in building strategic alliances: A case study / N. Genç, N.Ö. İyigün // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2011. – Vol. 24. – P. 1124–1133. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.09.087>
402. Gilart, J.F. Benchmarking in Thoracic Surgery. Third Edition / J.F. Gilart, G.V. Simó, P.R. Suárez et al. // *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*. – 2016. – Vol. 52. – P. 204–210. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbr.2016.02.010>
403. Gille, L. Forecast of the supply of healthcare in France / L. Gille, T. Houy // *Futures*. – 2013. – Vol. 51. – P. 50–58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2013.06.003>
404. Girdauskienė, L. Leadership role implementing knowledge transfer in creative organization: how does it work? / L. Girdauskienė, A. Savanevičienė // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2012. – Vol. 41. – P. 15–22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.04.002>
405. Gjeldum, N. Transfer of Model of Innovative Smart Factory to Croatian Economy Using Lean Learning Factory / N. Gjeldum, M. Mladineo, I. Veza // *Procedia CIRP*. – 2016. – Vol. 54. – P. 158–163. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.06.096>
406. Goh, S. Benchmarking the learning capability of organizations / S. Goh, G. Richards // *European Management Journal*. – 1997. – Vol. 15. – P. 575–583. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0263-2373\(97\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0263-2373(97)00036-4)
407. Goldman, E. United States rural hospital quality in the Hospital Compare database – Accounting for hospital characteristics / E. Goldman, A. Dudley // *Health Policy*. – 2008. – Vol. 1. – P. 112–127. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.02.002>
408. Görke, M. Employee Qualification by Digital Learning Games / M. Görke, V. Bellmann, J. Busch, P. Nyhuis // *Procedia Manufacturing*. – 2017. – Vol. 9. – P. 229–237. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2017.04.040>

409. Grewatsch, S. How organizational cognitive frames affect organizational capabilities: The context of corporate sustainability / S. Grewatsch, I. Kleindienst // Long Range Planning. – 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2017.03.004>
410. Gudienė, N. Development of a Conceptual Critical Success Factors Model for Construction Projects: A Case of Lithuania / N. Gudienė, A. Banaitis, N. Banaitienė, J. Lopes // Procedia Engineering. – 2013. – Vol. 57. – P. 392–397. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2013.04.051>
411. Hamdani, F.E. Diagnostic and modeling of elderly flow in a French healthcare institution / F.E. Hamdani, M. Masmoudi, A. Al Hanbali et al. // Computers & Industrial Engineering. – 2017. – Vol. 112. – P. 675–689. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cie.2017.05.009>
412. Hamed, S. Evidence-Based Design and Transformative Service Research application for achieving sustainable healthcare services: A developing country perspective / S. Hamed, N. El-Bassiouny, A. Ternès // Journal of Cleaner Production. – 2017. – Vol. 140, Part 3. – P. 1885–1892. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.09.161>
413. Hansen L.S. Follow-Up After Cardiac Surgery Should be Extended to at Least 120 Days When Benchmarking Cardiac Surgery Centers / L.S. Hansen, E. Sloth, V. E. Hjortdal, C.-J. Jakobsen // Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. – 2015. – Vol. 29. – P. 984–989. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2014.09.014>
414. Heintz, E. The impact of health economic evaluations in Sweden / E. Heintz, K. Arnberg, L. Levin et al. // Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. – 2014. – Vol. 108, Issue 7. – P. 375–382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.09.006>
415. Holden, R.J. Healthcare workers' perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals / R.J. Holden, A. Eriksson, J. Andreasson et al. // Applied Ergonomics. – 2015. – Vol. 47. – P. 181–192. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2014.09.008>
416. Hörberg, A. Striving for balance – A qualitative study to explore the experiences of nurses new to the ambulance service in Sweden / A. Hörberg, V. Lindström, S.

- Kalén et al. // *Nurse Education in Practice*. – 2017. – Vol. 27. – P. 63–70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.015>
417. Ibrahim, O.M. Antimicrobial Use Metrics and Benchmarking to Improve Stewardship Outcomes: Methodology, Opportunities, and Challenges / O.M. Ibrahim, R.E. Polk // *Infectious Disease Clinics of North America*. – 2014. – Vol. 28. – P. 195–214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2014.01.006>
418. Iizuka, Y. A new QMS Model for Sustainable Growth / Y. Iizuka // *EOQ 49 Congress. Topic E6*. – 2005. – P. 1–11.
419. Inal T. C. Joint Commission International Accreditation for Clinical Laboratories: Monitor, analyze and improve / T.C. Inal // *Clinical Biochemistry*. – 2009. – Vol. 42. – P. 303. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2008.09.021>
420. Ingason, H.T. Best Project Management Practices in the Implementation of an ISO 9001 Quality Management System / H.T. Ingason // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2015. – Vol. 194. – P. 192–200. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.133>
421. Ioniță, D. Success and Goals: An Exploratory Research in Small Enterprises/ D. Ioniță // *Procedia – Economics and Finance*. – 2013. – Vol. 6. – P. 503–511. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671\(13\)00168-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671(13)00168-8)
422. Jairaman, J. Sunway Medical Laboratory Quality Control Plans Based on Six Sigma, Risk Management and Uncertainty / J. Jairaman, Z. Sakiman, L.S. Li // *Clinics in Laboratory Medicine*. – 2017. – Vol. 37, Issue 1. – P. 163–176. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cll.2016.09.013>
423. Jałocha, B. Key Competences of Public Sector Project Managers / B. Jałocha, H.P. Krane, A. Ekambaram, G. Prawelska-Skrzypek // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014 – Vol. 119. – P. 247–256. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.029>
424. Jankalová, M. Conceptions Based on Definition of Business Factors of Successfulness for the Support of Reaching the Excellence of Enterprise Subjects / M. Jankalová // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2013. – Vol. 81. – P. 531–535. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.472>

425. Jarrett, J.E. Total quality management (TQM) movement in public health / J.E. Jarrett // *International journal of quality & reliability management.* – 2016. – Vol. 33, № 1. – P. 25–41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/IJQRM-12-2013-0193>
426. Juahi, H. Improving oil classification quality from oil spill fingerprint beyond six sigma approach / H. Juahi, A. Ismail, S. B. Mohamed et al. // *Marine Pollution Bulletin.* – 2017. – Vol. 120, Issues 1–2. – P. 322–332. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2017.04.032>
427. Jung, J.Y. Relationship between totalqualitymanagement (TQM) and continuous improvement of international project management (CIIPM) / J.Y. Jung, Y.J. Wang // *Technovation.* – 2006. – Vol. 26, Issues 5–6. – P. 716–722. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2006.01.003>
428. Kong, W. Estimating the Need for Palliative Radiotherapy for Brain Metastasis: A Benchmarking Approach / W. Kong, C. Jarvis, W.J. Mackillop // *Clinical Oncology.* – 2015. – Vol. 27. – P. 83–91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clon.2014.11.001>
429. Kornfeld, B.J. A framework for developing portfolios of improvements projects in manufacturing / B.J. Kornfeld, S. Kara // *Procedia CIRP.* – 2013. – Vol. 7. – P. 377–382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2013.06.002>
430. Kowalski, C. Quality of care in breast cancer centers: Results of benchmarking by the German Cancer Society and German Society for Breast Diseases / C. Kowalski, J. Ferencz, S. Y. Brucker et al. // *The Breast.* – 2015. – Vol. 24. – P. 118–123. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2014.11.014>
431. Kreimeier, D. Holistic Learning Factories – A Concept to Train Lean Management, Resource Efficiency as Well as Management and Organization Improvement Skills / D. Kreimeier, F. Morlock, C. Prinz et al // *Procedia CIRP.* – 2014. – Vol. 17. – P. 184–188. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2014.01.040>
432. Krückhans, B. Learning Factories and their Enhancements – A Comprehensive Training Concept to Increase Resource Efficiency / B. Krückhans, T. Wienbruch, S. Freith et al // *Procedia CIRP.* – 2015. – Vol. 32. – P. 47–52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2015.02.224>

433. Kucharčíková, A. Human Capital Management – Aspect of the Human Capital Efficiency in University Education / A. Kucharčíková, E. Tokarčíková, M. Blašková // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2015. – Vol. 177. – P. 48–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.02.332>
434. Landry, S. Strategy deployment in healthcareservices: A case study approach / S. Landry, M. Beaulieu, J. Roy // *Technological Forecasting and Social Change*. – 2016. – Vol. 113. Part B. – P. 429–437. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2016.09.006>
435. Lapidus, J. Private health insurance in Sweden: Fast-track lanes and the alleged attempts to stop them / J. Lapidus // *Health Policy*. – 2017. – Vol. 121, Issue 4. – P. 442–449. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.004>
436. Lee, H. Benchmarking of service quality with data envelopment analysis / H. Lee, C. Kim // *Expert Systems with Applications*. – 2014. – Vol. 41. – P. 3761–3768. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eswa.2013.12.008>
437. Lettieri, E. Priority setting for technology adoption at a hospital level: Relevant issues from the literature / E. Lettieri, C. Masella // *Health Policy*. – 2009. – Vol. 90. – P. 81–88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.07.007>
438. Liu, Hu-Ch. A theoretical framework for holistic hospital management in the Japanesehealthcare context / Hu-Ch. Liu // *Health Policy*. – 2013. – Vol. 113, Issues 1–2. – P. 160–169. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.009>
439. Lockamy, A. A strategic alignment approach for effective business process reengineering: linking strategy, processes and customers for competitive advantage / A. Lockamy, W. Smith // *International Journal of Production Economics*. – 1997. – Vol. 50. – P. 141–153. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0925-5273\(97\)00038-8](https://doi.org/10.1016/S0925-5273(97)00038-8)
440. Longmuß, J. Agile Learning for Vocationally Trained Expert Workers. Expanding Workplace-based Learning One Sprint at a Time / J. Longmuß, B.P. Höhne // *Procedia Manufacturing*. – 2017. – Vol. 9. – P. 262–268. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2017.04.003>
441. Lopes, M. An analysis of the interplay between organizationalsustainability, knowledge management, and open innovation / M. Lopes, A. Scavarda, L.F.

- Hofmeister et al. // *Journal of Cleaner Production*. – 2017. – Vol. 142, Part 1. – P. 476–488. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.10.083>
442. Luck, J. Patient and provider perspectives on quality and health system effectiveness in a transition economy: Evidence from Ukraine / J. Luck, J.W. Peabody, L.M. DeMaria et al. // *Social Science & Medicine*. – 2014. – Vol. 114. – P. 57–65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.034>
443. Maas, L.G. Benchmarking one's health care system: Professional development through an international experience / L.G. Maas // *Nurse Education in Practice*. – 2011. – Vol. 11. – P. 293–297. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2011.01.005>
444. Mahmood, A. Success factors on research projects at university an exploratory study / A. Mahmood, F. Asghar, B. Naoreen // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 116. – P. 2779–2783. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.655>
445. Malik, A. Role of quality management capabilities in developing market-based organisational learning capabilities: Case study evidence from four Indian business process outsourcing firms / A. Malik, A. Sinha, S. Blumenfeld // *Industrial Marketing Management*. – 2012. – Vol. 41, Issue 4. – P. 639–648. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2011.06.037>
446. Marques, A. Project Management Success I-C-E Model – A Work in Progress / A. Marques, J. Varajão, J. Sousa, E. Peres // *Procedia Technology*. – 2013. – Vol. 9. – P. 910–914. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.protcy.2013.12.101>
447. Martin, B.S. Measurement, Standards, and Peer Benchmarking: One Hospital's Journey / B.S. Martin, M. Arbore // *Pediatric Clinics of North America*. – 2016. – Vol. 63. – P. 239–249. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2015.11.004>
448. Martin, J. Benchmarking government action for obesity prevention – An innovative advocacy strategy / J. Martin, A. Peeters, S. Honisett et al. // *Obesity Research & Clinical Practice*. – 2014. – Vol. 8. – P. e388–e398. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2013.07.001>
449. Marzagão, D.S.L. Critical success factors for Six Sigma projects / D.S.L. Marzagão, M.M. Carvalho // *International Journal of Project Management*. – 2016. –

Vol. 34, Issue 8. – P. 1505–1518. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2016.08.005>

450. Mehrabi, J. Application of Six–Sigma in Educational Quality Management / J. Mehrabi // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2012. – Vol. 47. – P. 1358–1362. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.826>
451. Mehregan, M.R. An integrated approach of critical success factors (CSFs) and grey relational analysis for ranking KM systems / M.R. Mehregan, M. Jamporazmey, M. Hosseinzadeh, A. Kazemi // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2012. – Vol. 41. – P. 402–409. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.04.048>
452. Merkel, L. Teaching Smart Production: An Insight into the Learning Factory for Cyber–Physical Production Systems (LVP) / L. Merkel, J. Atug, L. Merhar et al. // *Procedia Manufacturing*. – 2017. – Vol. 9. – P. 269–274. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2017.04.034>
453. Miyawaki, A. Impact of medical subsidy disqualification on children's healthcare utilization: A difference–in–differences analysis from Japan / A. Miyawaki, H. Noguchi, Y. Kobayashi // *Social Science & Medicine*. – 2017. – Vol. 191. – P. 89–98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.001>
454. Morais, L.F. A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: Case studies in health organizations / L.F. Morais, L.M. Graça // *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. – 2013. – Vol. 31, Issue 2. – P. 129–144. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.006>
455. Morgenstern, P. Benchmarking acute hospitals: Composite electricity targets based on departmental consumption intensities? / P. Morgenstern, M. Li, R. Raslan et al. // *Energy and Buildings*. – 2016. – Vol. 118. – P. 277–290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enbuild.2016.02.052>
456. Müller, B.C. Procedure for Experiential Learning to Conduct Material Flow Simulation Pro–jects, Enabled by Learning Factories / B.C. Müller, J.P. Menn, G. Seliger // *Procedia Manufacturing*. – 2017. – Vol. 9. – P. 283–290. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2017.04.047>

457. Nawaz, W. Development of a systematic framework for sustainability management of organizations / W. Nawaz, M. Koç // *Journal of Cleaner Production*. – 2018. – Vol. 171. – P. 1255–1274. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.10.011>
458. NHS Choices – URL: <http://www.nhs.uk>. Дата обращения 15.10.16
459. Nomura, M. Dental healthcare reforms in Germany and Japan: A comparison of statutory health insurance policy / M. Nomura // *Japanese Dental Science Review*. – 2008. – Vol. 44, Issue 2. – P. 109–117. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2008.06.004>
460. Norberg, S.J. A pilot study of risk adjustment for benchmarking antibiotic use between hospitals in Sweden / S.J. Norberg, M. Grunewald, A. Ternhag // *Journal of Global Antimicrobial Resistance*. – 2014. – Vol. 2. – P. 39–42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgar.2013.08.002>
461. Norrby, C. Interpersonal relationships in medical consultations. Comparing Sweden Swedish and Finland Swedish address practices / C. Norrby, Camilla Wide, J. Lindström, J. Nilsson // *Journal of Pragmatics*. – 2015. – Vol. 84. – P. 121–138. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.05.006>
462. Obradovic, V. Project managers' emotional intelligence – a ticket to success / V. Obradovic, P. Jovanovic, D. Petrovic et al. // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2013. – Vol. 74. – P. 274–284. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.03.034>
463. Ogorodnyk, O. Preconditions for Learning Factory A Case Study / O. Ogorodnyk, M.V. Granheim, H. Holtskog // *Procedia CIRP*. – 2016. – Vol. 54. – P. 35–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.05.076>
464. Ongaro, E. The fiscal crisis in the health sector: Patterns of cutback management across Europe E. Ongaro, F. Ferré, G. Fattore // *HealthPolicy*. – 2015. – V. 119. – P. 954–963. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.008>
465. Osborne, C.L. The multicenter benchmarking study of burn injury: A content analysis of the outcome measures using the international classification of functioning,

- disability and health / C.L. Osborne, C. Petersson, J.E. Graham et al. // *Burns*. – 2016. – Vol. 42. – P. 1396–1403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.07.023>
466. Pandremmenou, H. Success Factors in the Management of Investment Projects: A Case Study in the Region of Thessaly / H. Pandremmenou, K. Sirakoulis, N. Blanas // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2013. – Vol. 74. – P. 438–447. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.03.032>
467. Panuwatwanich, K. Influence of TotalQualityManagement on Performance of Vietnamese Construction Firms / K. Panuwatwanich, T.T. Nguyen // *Procedia Engineering*. – 2017. – Vol. 182. – P. 548–555. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.03.151>
468. Papadaki, M. Essential factors that increase the effectiveness of project programme risk management / M. Papadaki, A. W. Gale, J. R. Rimmer et al. // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 119. – P. 921–930. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.103>
469. Papanicolas, I. Health system performance comparison: New directions in research and policy / I. Papanicolas, D. Kringos, N.S. Klazinga, P.C. Smith // *Health Policy*. – 2013. – Vol. 112, Issues 1–2. – P. 1–3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.018>
470. Penbek, S. The need of effective strategic management during a planned change: An example of bologna change process from a Turkish university / S. Penbek, D. Zaptçioğlu, M. Günerergin // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2011. – Vol. 24. – P. 649–662. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.09.071>
471. Perera, R. Panning for gold: An evidence–based tool for assessment of performance indicators in primary health care / R. Perera, T. Dowell, P. Crampton, R. Kearns // *Health Policy*. – 2007. – Vol. 80. – P. 314–327. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.011>
472. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals // World Health Organization. – 2007. – 16 p.
473. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals // World Health Organization. – 2008. – 17 p.

474. Pettinger, R. Towards an agreed body of knowledge, understanding, skills and expertise for managers: managing in turbulent times / R. Pettinger // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2016. – Vol. 221. – P. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.084>
475. Plebani, M. Quality Indicators for the Total Testing Process / M. Plebani, L. Sciacovelli, A. Aita // *Clinics in Laboratory Medicine*. – 2017. – Vol. 37, Issue 1. – P. 187–205. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cll.2016.09.015>
476. Prayuth, C. Challenged Strategies for Driving to Success in Research of KhonKaen University / C. Prayuth, S. Kanokorn, C. Pornpimon // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 112. – P. 662–669. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1215>
477. Purnus, A. Project prioritization and portfolio performance measurement in project oriented organizations / A. Purnus, C.-N. Bodea // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 119. – P. 339–348. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.039>
478. Richman, V.V. Setting goals for reductions in Canadian cesarean delivery rates: Benchmarking medical practice patterns / V.V. Richman // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 1999. – Vol. 181. – P. 635–637. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70505-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70505-3)
479. RosBangun, Ir. Yuni. Calling for ABG (Academic–Business–Government) Leadership Early Identification of Effective Characteristics of Leadership to Support Triple Helix Model / Ir. Yuni. RosBangun, F. R. Sukarya // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2012. – Vol. 52. – P. 187–196. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.455>
480. Rump, A. Pregnancy care in Germany, France and Japan: an international comparison of quality and efficiency using structural equation modelling and data envelopment analysis / A. Rump, O. Schöffski // *Public Health*. – 2018. – Vol. 160. – P. 129–142. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.028>
481. Sabry, A. Factors critical to the success of Six–Sigma quality program and their influence on performance indicators in some of Lebanese hospitals / A. Sabry // *Arab*

- Economic and Business Journal. – 2014. – Vol. 9. – P. 93–114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aebj.2014.07.001>
482. Sadeghi, D. Alignment of organizational change strategies and its relationship with increasing organizations' performance / D. Sadeghi // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2011. – Vol. 20. – P. 1099–1107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.08.119>
483. Sanjuan, A.G. The Application of Project Management Standards and Success Factors to the Development of a Project Management Assessment Tool / A.G. Sanjuan, T. Froese // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2013. – Vol. 74. – P. 91–100. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.03.035>
484. Santos, C. Project Management Success in Health – The Need of Additional Research in Public Health Projects / C. Santos, V. Santos, A. Tavares, J. Varajão // *Procedia Technology*. – 2014. – Vol. 16. – P. 1080–1085. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.protcy.2014.10.122>
485. Scandurra, I. Is 'Patient's Online Access to Health Records' a Good Reform? – Opinions from Swedish Healthcare Professionals Differ / I. Scandurra, A. Jansson, M.–L. Forsberg–Fransson et al. // *Procedia Computer Science*. – 2015. – Vol. 64. – P. 964–968. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.614>
486. Schalock, R.L. A systematic approach to an organization's sustainability / R.L. Schalock, M. Verdugo, T. Lee // *Evaluation and Program Planning*. – 2016. – Vol. 56. – P. 56–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.03.005>
487. Scholz, M. Integrating Intralogistics into Resource Efficiency Oriented Learning Factories / M. Scholz, S. Kreitlein, C. Lehmann // *Procedia CIRP*. – 2016. – Vol. 54. – P. 239–244. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.05.067>
488. Schreiber, S. BERTHA – A Flexible Learning Factory for Manual Assembly / S. Schreiber, L. Funke, K. Tracht // *Procedia CIRP*. – 2016. – Vol. 54. – P. 119–123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.03.163>
489. Schwartz, R. The performance measurement–management divide in public health / R. Schwartz, R. Deber // *Health Policy*. – 2016. – Vol. 120. – P. 273–280. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.003>

490. Serapioni, M. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems / M. Serapioni, A. R. Matos // *Social Science & Medicine*. – 2014. – Vol. 123. – P. 226–233. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.006>
491. Serrado, P. The relationship between project success and project efficiency / P. Serrado, J.R. Turner // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2014. – Vol. 119. – P. 75–84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.011>
492. Shabunko, V. EnergyPlus models for the benchmarking of residential buildings in Brunei Darussalam / V. Shabunko, C.M. Lim, S. Mathew // *Energy and Buildings*. – 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enbuild.2016.03.039>
493. Sik, ChoY. The QM evolution: Behavioral qualitymanagement as a firm’s strategic resource / Y. Sik Cho, J. Y. Jung, K. Linderman // *International Journal of Production Economics*. – 2017. – Vol. 191. – P. 233–249. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2017.05.002>
494. Singh, A.K. Defining Quality Management in Auto Sector: A Six–sigma Perception / A.K. Singh, D. Khanduja // *Procedia Materials Science*. – 2014. – Vol. 5. – P. 2645–2653. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mspro.2014.07.526>
495. Slack, C.W. The United Countries of America: Benchmarking the Quality of US Health Care / C.W. Slack, W.V. Slack // *Mayo Clinic Proceedings*. – 2011. – Vol. 86. – P. 788–790. DOI: <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2011.0311>
496. Smith, P.C. Leadership and governance in seven developed health systems / P.C. Smith, A. Anell, R. Busse et al. // *Health Policy*. – 2012. – Vol. 106. – P. 37–49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.009>
497. Sroufe, R. Integration and organizational change towards sustainability // *Journal of Cleaner Production*. – 2017. – Vol. 162. – P. 315–329. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.05.180>
498. Sukkird, V. Technology challenges to healthcareservice innovation in aging Asia: Case of value co–creation in emergency medical support system / V. Sukkird, K. Shirahada // *Technology in Society*. – 2015. – Vol. 43. – P. 122–128. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2015.08.002>

499. Supic, Z.T. Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience / Z.T. Supic, V. Bjegovic, J. Marinkovic et al. // *Health Policy*. – 2010. – Vol. 96, Issue 1. – P. 80–89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.01.002>
500. Suwandej, N. Factors Influencing Total Quality Management / N. Suwandej // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2015. – Vol. 197. – P. 2215–2222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.07.361>
501. Tagge, E.P. Improving operating room efficiency in academic children's hospital using Lean Six Sigma methodology / E.P. Tagge, A.S. Thirumoorthi, J. Lenart et al. // *Journal of Pediatric Surgery*. – 2017. – Vol. 52, Issue 6. – P. 1040–1044. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.03.035>
502. Tarí, J.J. Quality tools and techniques: Are they necessary for quality management? / J.J. Tarí, V. Sabater // *International Journal of Production Economics*. – 2004. – Vol. 92, № 3. – P. 267–280. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpe.2003.10.018>
503. Tay, H.L. Lean Improvement Practices: Lessons from Healthcare Service Delivery Chains / H.L. Tay // *IFAC–PapersOnLine*. – 2016. – Vol. 49, Issue 12. – P. 1158–1163. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2016.07.660>
504. Timma, L. Benchmarking Analysis of Energy Consumption in Supermarkets / L. Timma, R. Skudritis, D. Blumberga // *Energy Procedia*. – 2016. – Vol. 95. – P. 435–438. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.egypro.2016.09.056>
505. Todorut, A.V. Sustainable Development of Organizations through Total Quality Management / A.V. Todorut // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2012. – Vol. 62. – P. 927–931. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.45>
506. Top Ranked Hospitals // US News&World Report. URL: <http://health.usnews.com/best-hospitals>
507. Uysal, F. Evaluation of the Factors that Determine Quality In Graduate Education: Application of A Satisfaction Benchmarking Approach / F. Uysal // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2015. – Vol.191 – P. 1034–1037. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.386>
508. Vainieri, M. How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions / M. Vainieri, F.

- Vola, G. Gomez Soriano, S. Nuti // Health Policy. – 2016. In Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.011>
509. Van der Hel, S. The authority of science in sustainability governance: A structured comparison of six science institutions engaged with the SustainableDevelopment Goals / S. van der Hel, F. Biermann // Environmental Science & Policy. – 2017. – Vol. 77. – P. 211–220. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2017.03.008>
510. Van der Wees, P.J. Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands / P.J. Van der Wees, M.W.G. Nijhuis–van der Sanden, E. van Ginneken et al. // Health Policy. – 2014. – Vol. 116, № 1. – P. 18–26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.009>
511. Van Mosseveld, C. How to ensure quality of health accounts / C. van Mosseveld, P. Hernández–Peña, D. Arán et al. // Health Policy. – 2016. – Vol. 120, Issue 5. – P. 544–551. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.009>
512. Van Ostenberg, P. Joint Commission International (JCI): A Partner in Quality and Safety / P. Van Ostenberg // The Joint Commission Journal on Quality and Safety. – 2004. – Vol. 30. – P. 5–8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(04\)30103-6](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(04)30103-6)
513. Veillard, J. Tipper Methods to stimulate national and sub–national benchmarking through international health system performance comparisons: A Canadian approach / J. Veillard, A.M. McKeag // Health Policy. – 2013. – Vol. 112. – P. 141–147. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.015>
514. Vlok, A. A leadership competency profile for innovation leaders in a science–based research and innovation organization in South Africa / A. Vlok // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2012. – Vol. 41. – P. 209–226. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.04.025>
515. Veza, I., Gjeldum N., Mladineo M. Lean Learning Factory at FESB – University of Split // Procedia CIRP. – 2015. – Vol. 32. – P. 132–137. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2015.02.223>

516. Vurgun, N. ISO 15189 and JCI accreditation of Turkish Red Crescent Society Blood Center clinical laboratory / N. Vurgun // *Clinical Biochemistry*. – 2009. – Vol. 42. – P. 320–321. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2008.09.036>
517. Wagner, U. The State-of-the-Art and Prospects of Learning Factories / U. Wagner, T. AlGeddawy, H. ElMaraghy, E. Mÿller // *Procedia CIRP*. – 2012. – Vol. 3. – P. 109–114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2012.07.020>
518. Wardhani, V. Determinants of quality management systems implementation in hospitals / V. Wardhani, A. Utarini, J.P. van Dijk et al. // *Health Policy*. – 2009. – Vol. 89, № 3. – P. 239–251. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.06.008>
519. Watanabe, R. Horizontal inequity in healthcare access under the universal coverage in Japan; 1986–2007 / R. Watanabe, H. Hashimoto // *Social Science & Medicine*. – 2012. – Vol. 75, Issue 8. – P. 1372–1378. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.006>
520. Westgard, J.O. Six Sigma Quality Management System and Design of Risk-based Statistical Quality Control / J.O. Westgard, S.A. Westgard // *Clinics in Laboratory Medicine*. – 2017. – Vol. 37, Issue 1. – P. 85–96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cll.2016.09.008>
521. Williams, P. Relationship quality and satisfaction: Customer-perceived success factors for on-time projects / P. Williams, N. J. Ashill, E. Naumann et al. // *International Journal of Project Management*. – 2015. – Vol. 33, Issue 8. – P. 1836–1850. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.07.009>
522. Yun, S. Development of performance metrics for phase-based capital project benchmarking / S. Yun, J. Choi, D.P. de Oliveira, S.P. Mulva // *International Journal of Project Management*. – 2016. – Vol. 34. – P. 389–402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.12.004>
523. "Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 11.10.2018)
524. "Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице. Методические рекомендации N 2001/144" (утв. Минздравом Российской Федерации 09.11.2001)

525. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2022 год (утв. решением Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений от 23 декабря 2021 г., протокол № 11).
526. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 28.04.2023).
527. Национальный стандарт Российской Федерации «ГОСТ Р ИСО 9004-2010. Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 23.11.2010 N 501-ст).
528. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001-2015 "Системы менеджмента качества. Требования" (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сентября 2015 г. N 1391-ст)
529. Паспорт приоритетного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь"//Утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 года N 8)
530. Паспорт приоритетного проекта Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 26 июля 2017 г. N 8 "Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами"
531. Письмо Минздрава России N 11-8/10/2-8266, ФФОМС N 12578/26/и от 22.12.2016 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования"(ред. от 18.05.2017)
532. Письмо Минздрава России от 29.04.2015 N 21-3/839 «О направлении Методических рекомендаций по обеспечению системы информирования

населения о порядке и условиях бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

533. Письмо Минздрава России от 30 апреля 2013 г. № 13-2/10/2-3113
534. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2017 г. NN 11-7/10/2-8080, 13572/26-2/и "О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования"
535. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2014 г. № 16-3/10/1-1084 "Рекомендации по внесению изменений в региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения"
536. Письмо Минтруда России №12-0/10/П-1077 от 7 марта 2014 г.
537. Письмо Росздравнадзора от 10.10.2013 № 16И-1193/13 «Об оказании государственных услуг по лицензированию в электронном виде»
538. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 года N 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг"» (с изменениями на 14 апреля 2022 года)
539. Постановление Минтруда Российской Федерации от 23.07.1998 N 29 "Об утверждении Рекомендаций по заключению трудового договора (контракта), отражающих специфику регулирования социально-трудовых отношений в условиях Севера"
540. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 138 "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 851"

541. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 141 "О передаче в 2006 году в собственность муниципальных образований диагностического оборудования для организации первичной медико-санитарной помощи в муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждениях, машин скорой медицинской помощи, реанимобилей для учреждений скорой медицинской помощи и санитарной авиации"
542. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 140 "О передаче в 2006 году в собственность муниципальных образований диагностических средств и антиретровирусных препаратов в целях профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, оборудования и расходных материалов для неонатального скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения"
543. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 139 "О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий"
544. Постановление Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 №332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»
545. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 856 "О внесении изменения в программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год"
546. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 852 О порядке финансирования в 2006 году расходов, связанных с оплатой услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по

медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и (или) родов"

547. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 851 "О порядке финансового обеспечения расходов и учета средств на выполнение в 2006 году учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи" (ред. от 20.03.2006)
548. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 874 "Об утверждении правил предоставления в 2006 году субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования"
549. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 876 "О порядке финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования фонду социального страхования Российской Федерации"
550. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 871 "Об обеспечении в 2006 году машинами скорой медицинской помощи и реанимобилями учреждений скорой медицинской помощи и санитарной авиации"
551. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 870 "Об обеспечении государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2006 году за счет средств федерального бюджета диагностическими средствами и антиретровирусными препаратами в целях профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами

иммунодефицита человека и гепатитов b и c, оборудованием и расходными материалами для неонатального скрининга"

552. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 869 "О финансировании в 2006 году дополнительных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами"
553. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 868 "О порядке предоставления в 2006 году из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях"
554. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 867 "Об обеспечении в 2006 году диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений для организации первичной медико-санитарной помощи"
555. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2017 г. N 1478 «О внесении изменений в методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»
556. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 июня 2006 г. № 356 "О порядке предоставления в 2006 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи"

557. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006»
558. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2021 года N 578-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»
559. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»
560. Постановление Правительства Российской Федерации от 11.11.2002 N 804 «О Правилах разработки и утверждения типовых норм труда»
561. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июня 2021 года N 1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности» (редакция, действующая с 1 марта 2022 года)
562. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (с изменениями и дополнениями)
563. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (редакция, действующая с 1 сентября 2022 года)

564. Постановление Правительство Российской Федерации от 26 февраля 2021 года N 273 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»
565. Постановление Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» (с изменениями на 14.09.2021)
566. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.11.2009 № 944 «Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью» (Перечень изменен с 28 августа 2020 г. - Постановление Правительства России от 17 августа 2020 г. N 1247)
567. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» (с изменениями на 29 ноября 2022 года)
568. Постановление Правительства Российской Федерации от 27.06.2016 N 584 «Об особенностях применения профессиональных стандартов, в части требований, обязательных для применения государственными учреждениями, государственными корпорациями»
569. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.10.2010 N 865 (ред. от 03.02.2016) "О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов"

570. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» (с изменениями на 13 октября 2022 года)
571. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2010 № 489 Об утверждении Правил подготовки органами государственного контроля (надзора) и органами муниципального контроля ежегодных планов проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» (ред. от 08.09.2021)
572. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. N 583 "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений" (с изменениями и дополнениями) (ред. 9 ноября 2018 г.)
573. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года N 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (с изменениями на 16 марта 2022 года)
574. Правительственная телеграмма от 28 ноября 2008 года № 6678/10 "О необходимости усилении работы по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в части проведения дополнительной диспансеризации работающего населения, детей-сирот и детей в трудной жизненной ситуации".
575. Правительство Новосибирской области распоряжение от 04 марта 2013 года N 121-рп «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности

здравоохранения в Новосибирской области» (с изменениями на 20 февраля 2017 года)

576. Приказ N 77 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 апреля 2018г. О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 февраля 2016 года № 23 "Об утверждении порядка предоставления сведений об оплате медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний"
577. Приказ № 844 от 26 ноября 2015 г. «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров»
578. Приказ Минздрава от 19.12.2016 № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением 1 пациентом врача кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»
579. Приказ Минздрава России № 471н от 27.07.2018 г. "О внесении изменения в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 апреля 2014 г. № 183н"
580. Приказ Минздрава России от 02.12.2014 N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" (с изменениями 27 августа 2015 г.)
581. Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»
582. Приказ Минздрава России от 15 апреля 2021 года N 354н «Об утверждении порядка заключения и типовой формы соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»

583. Приказ Минздрава России от 08.06.2016 N 358 "Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения"
584. Приказ Минздрава России от 10 февраля 2016 N 83н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием"
585. Приказ Минздрава России от 19 августа 2021 года N 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» (с изменениями на 18 июля 2022 года)
586. Приказ Минздрава России от 13 августа 2020 года N 844н «Об утверждении типового положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения»
587. Приказ Минздрава России от 15 июня 2017 г. N 328н "О внесении изменений в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н "
588. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 09.01.2018) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (с изменениями на 2 ноября 2020 года)
589. Приказ Минздрава России от 17.07.2015 № 454н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению лицензионного контроля медицинской деятельности» (с изменениями на 8 сентября 2017 года)

590. Приказ Министерство Здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2014 № 722 «О создании межведомственной комиссии по реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» (с изменениями на 21 ноября 2014 года)
591. Приказ Минздрава России от 28 октября 2022 года N 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
592. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (с изменениями на 21 февраля 2020 года)
593. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2021 года N 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»
594. Приказ Минздрава России от 21 ноября 2017 г. N 926н "Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года"
595. Приказ Минздрава России от 23 ноября 2021 года N 1090н «Об утверждении Порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности»
596. Приказ Минздрава России от 19 ноября 2020 года N 1234н «Об утверждении Порядка ведения единого реестра лицензий, в том числе лицензий, предоставленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданным полномочием по лицензированию отдельных видов деятельности» (с изменениями на 23 декабря 2021 года)
597. Приказ Минздрава России от 22 декабря 2017 г. N 1043н "Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих

- медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов"(с изменениями на 4 августа 2020 года)
598. Приказ Минздрава России от 22.01.2016 № 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. N 388н» (ред. от 05.05.2016)
599. Приказ Министерство Здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2014 № 618 «Об организации работы по реализации государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»
600. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"
601. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 №380 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» (с изменениями на 11 декабря 2020 года)
602. Приказ Министерство Здравоохранения Российской Федерации от 14.11.2019 № 930 «Об утверждении Порядка управления реализацией государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»
603. Приказ Минздрава России от 28 октября 2022 года N 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов"
604. Приказ Минздрава России от 27.04.2017 № 191н «Об утверждении Положения о совете по этике, созданном в целях выдачи заключения об этической обоснованности возможности проведения клинического исследования биомедицинского клеточного продукта, порядка его деятельности и требований к квалификации и опыту работы экспертов совета по этике»
605. Приказ Минздрава России от 29.06.2016 № 430н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению

контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность»

606. Приказ Минздрава Российской Федерации от 2 октября 2019 года N 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»
607. Приказ Минздрава Российской Федерации от 17 марта 2023 года N 115 «Об организации работ, по независимой оценке, качества условий оказания услуг медицинскими организациями»
608. Приказ Минздрава России от 31 марта 2016 г. №197 «Об утверждении Порядка рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»
609. Приказ Минздрава России от 31.10.2017 № 882н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам обращения лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, и лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету» (с изменениями на 26 ноября 2021 года)
610. Приказ Минздрава Российской Федерации от 22 ноября 2021 года N 1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста»
611. Приказ Минздрава Российской Федерации от 21.05.2002 N 154 "О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях" (вместе с "Инструкцией по заполнению учетной формы 035/У-02

"Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения")

612. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2020 года N 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» (с изменениями на 12 ноября 2021 года)
613. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (ред. от 07.11.2012)
614. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»
615. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями на 13 декабря 2022 года)
616. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 ноября 2021 года N 1089н «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации» (с изменениями на 13 декабря 2022 года)
617. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 14.08.2008 N 424н "Об утверждении Рекомендаций по заключению трудового договора с работником федерального бюджетного учреждения и его примерной форме"
618. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные

характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"(ред. от 09.04.2018)

619. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (с изменениями на 21 февраля 2020 года)
620. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (ред.2 декабря 2013 г.)
621. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2021 года N 205н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»
622. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"
623. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 г. № 442 «Об организации работ по обеспечению технической возможности выражения мнения пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети «Интернет» (с изменениями на 28 января 2020 года)
624. Приказ Министерство Здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2014 № 760 «О внесении изменений в состав межведомственной комиссии по реализации мероприятий государственной программы Российской

Федерации "Развитие здравоохранения", утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2014 г. N 722»

625. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 сентября 2015 г. № 674 «О внесении изменений в научные платформы медицинской науки, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 апреля 2013 г. № 281»
626. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года N 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (с изменениями на 2 декабря 2020 года)
627. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 апреля 2018 г. № 197н «Об утверждении перечня видов медицинских организаций в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, в отношении которых не проводится независимая оценка качества условий оказания ими услуг» (с изменениями на 8 августа 2019 года)
628. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2015 г. № 1013 «О создании межведомственной рабочей группы по развитию технологий ядерной медицины»
629. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года N 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»
630. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 956н "Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и

медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

631. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка»
632. Постановление Правительства Российской Федерации от 27.03.2020 №351 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» (с изменениями на 11 декабря 2020 года)
633. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"
634. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 марта 2020 года N 206н " Об утверждении Порядка организации и проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий" (с изменениями на 22 апреля 2021 года)
635. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 2016 г. N 625н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности"
636. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2016 г. №751н "Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность"
637. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 2015 года N 599 "Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по

дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата"

638. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2016 г. № 132н "О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения" действ. ред.
639. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 марта 2018 г. № 139н "О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н"
640. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 марта 2018 г. № 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям"
641. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 года N 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" (с изменениями на 9 декабря 2019 года)
642. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" (с изменениями на 4 сентября 2020 года)
643. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2015 года N 328 "Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций"
644. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления

образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам"(с изменениями на 15 ноября 2013 года)

645. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. N 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях»
646. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 07.11.2017 № 768н Профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»
647. Приказ Минтруда России от 26.04.2013 N 167н (ред. от 20.02.2014) Об утверждении Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта
648. Приказ от 2 июня 2015 г. N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога»
649. Приказ от 30 ноября 2015 г. N 866 «Об утверждении концепции создания федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя с использованием маркировки»
650. Приказ Министерство здравоохранения Российской Федерации Росздравнадзора от 29 декабря 2021 года N 12462 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")»

651. Приказ Росздравнадзора от 08.02.2017 № 777 «О порядке ведения учета поступивших уведомлений о начале осуществления участником проекта медицинской деятельности по оказанию медицинской помощи на территории международного медицинского кластера, направленных управляющей компанией международного медицинского кластера»
652. Приказ Министерство здравоохранения Российской Федерации Росздравнадзора от 11 февраля 2022 года N 973 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов, ответы на которые свидетельствуют о соблюдении или несоблюдении контролируемым лицом обязательных требований), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности»
653. Приказ Росстата от 25 января 2017 года № 36 "Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования"
654. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 февраля 2016 года №23 «Об утверждении порядка предоставления сведений об оплате медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний» (с изменениями на 19 декабря 2018 года)
655. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 г. № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011 - 2012 годов»;
656. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 апреля 2017 г. № 98 «Об утверждении порядка и формы представления отчетности об использовании субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение выполнения федеральными

государственными учреждениями государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации»

657. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 5 сентября 2022 г. N 108н «Об утверждении порядка и формы представления отчетности о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, включенных в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, и об использовании предоставленных средств для их финансового обеспечения»
658. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 26 декабря 2022 года N 979 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»
659. Приказ Фонда социального страхования Российской Федерации и Минздрава Российской Федерации от 29 января 2004 г. N 18/29 "Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листов нетрудоспособности, их учета и хранения" (с изменениями на 23 июля 2004 года)
660. Постановление Правительства Российской Федерации № 512 от 31 марта 2021 г. "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения"
661. Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (с изменениями на 21 июля 2020 года)

662. Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" (с изменениями и дополнениями)
663. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 ноября 2005 г. № 1926-р "По утверждению плана подготовки первоочередных актов по реализации приоритетных национальных проектов, решения по которым необходимо принять в 2005 году и в I квартале 2006 г."
664. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 г. № 2396-р «Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 - 2012 годах»; (с изменениями на 10.11.2012)
665. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года") (ред. от 28.09.2018)
666. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22.12.2016 N 2772-р "О распределении в 2017 году иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" единовременных компенсационных выплат медицинским работникам"(ред. от 07.12.2017)
667. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. N 2511-р Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

668. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.10.2010 N 1873-р «Об основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года»
669. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 N 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы» (ред. от 14.09.2015)
670. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.09.2011 N 1665-р (ред. от 12.09.2013) «Об утверждении федеральной программы "Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011 - 2014 годах»
671. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.12.10 №2396-р "Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах"
672. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «О плане мероприятий ("дорожной карте") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»
673. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 N 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года»
674. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 12.01.2018 № 9-р утвержден план мероприятий («дорожной карты») «Развитие конкуренции в здравоохранении»
675. Указ Президента Российской Федерации 7 мая 2012 года № 596 "О долгосрочной государственной экономической политике"
676. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации"

677. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики"
678. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 N 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024»
679. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"
680. Федеральный закон " от 29.12.2006 N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (последняя редакция) (с изменениями на 3 апреля 2023 года)
681. Федеральный закон "О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц" от 18.07.2011 N 223-ФЗ (редакция, действующая с 1 апреля 2023 года)
682. Федеральный закон "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд" от 05.04.2013 N 44-ФЗ (с изменениями на 28 апреля 2023 года)
683. Федеральный закон от 01.05.1999 N 92-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "О Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений"
684. Федеральный закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" (последняя редакция) (Редакция от 27.11.2017)
685. Федеральный закон от 13 июля 2015 г. N 224-ФЗ "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" (с изменениями на 29 декабря 2022 года)
686. Федеральный закон от 21.07.2005 N 115-ФЗ "О концессионных соглашениях" (с изменениями на 29 декабря 2022 года)

687. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ред от от 03.08.2018)
688. Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака" (Редакция от 28.04.2023)
689. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Ред.от 06.02.2023
690. Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. N 389-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"
691. Федеральный закон от 29.06.2015 № 160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (ред. от 26.07.2019)
692. Федеральный закон от 29.07.2017 № 221-ФЗ «О внесении изменений в статьи 1 и 42 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
693. Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»
694. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (последняя редакция 29.07.2018) (ст.50)
695. Федеральный закон от 29.12.2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (в ред. от 25.12.2018)
696. Федеральный закон от 3 июля 2016 года № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации»
697. Федеральный закон от 30 декабря 2015 г. N 432-ФЗ "О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"" (с изм. вступ. в силу 01.01.2017)

698. Федеральный закон от 8 декабря 2010 г. № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»
699. Федеральный закон от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" (с изменениями и дополнениями)
700. Федеральный закон Российской Федерации от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Ред.27 декабря 2018 г.)

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Термины и определения

Бенчмаркинг (англ. *Benchmarking*) – это процесс определения, понимания и адаптации имеющихся примеров эффективного функционирования компании с целью улучшения собственной работы; он в равной степени включает в себя два процесса: оценивание и сопоставление.

Бенчмаркинг – это процесс определения, понимания и адаптации имеющихся примеров эффективного функционирования организаций с целью улучшения собственной деятельности.

Видение – желаемое положение организации, т. е. какой желает стать организация и какой она хочет быть в представлении заинтересованных сторон.

Высшее руководство – наивысший уровень лиц, ответственных за принятие решений в организации.

Жизненный цикл проекта (*project life-cycle*) – организация проекта из трех основных стадий: планирование, реализация, завершение.

Инновации – это внедренное новшество, обеспечивающее качественный рост эффективности процессов или продукции, востребованное рынком; является конечным результатом интеллектуальной деятельности человека, творческого процесса, открытий, изобретений и рационализации.

Кадровые ресурсы – физические (количественные), интеллектуальные, профессиональные возможности медицинских работников МО, независимо от типа и уровня МО, направленные на сохранение, поддержание и повышения уровня здоровья людей.

Концептуальная (содержательная) модель – это абстрактная модель, определяющая структуру моделируемой системы, свойства её элементов и причинно-следственные связи, присущие системе и существенные для достижения цели моделирования.

Концепция (от лат. *conceptio* – понимание, единый замысел, ведущая мысль) – система взглядов, выражающая определенный способ видения («точку зрения»), понимания, трактовки каких-либо предметов, явлений, процессов и обозначающая ведущую идею или (и) конструктивный принцип в той или иной теоретической практике.

Медицинская организация – организация, осуществляющая деятельность в области здравоохранения или оказания медицинских услуг, поддерживающая развитие медицины как науки, занимающаяся мероприятиями по поддержанию здоровья и оказания медицинской помощи людям посредством изучения, диагностики, лечения и возможной профилактики болезней и травм.

Менеджмент – скоординированная деятельность по руководству и управлению организацией, процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для постановки и достижения целей организации.

Менеджмент риска – скоординированная деятельность по руководству и управлению организацией в отношении риска.

Миссия – это описание предназначения организации.

Модель (фр. *modèle*, от лат. *modulus* – «мера, аналог, образец») – это система, исследование которой служит средством для получения информации о другой системе; представление некоторого реального процесса, устройства или концепции.

Организационные процессы – это разновидность процессов, связанная с организацией работы и решением управленческих проблем.

Офис управления проектами (*Project Management Office*) – подразделение, отвечающее за организацию управления портфелями проектов, программами проектов и собственно проектами, который может быть нескольких видов: может быть подразделением в официальной структуре предприятия со своим штатом сотрудников; может быть «виртуальным» подразделением, в котором работают сотрудники различных подразделений, выделенные в рамках процессного управления; может формироваться на смешанных принципах, как из собственных, так и из «привлеченных» сотрудников.

План (*plan*) – схема, методика или замысел достижения определенных целей.

Подпроцесс (*sub-process*) – процесс, протекающий полностью в рамках другого процесса.

Проект (*Project*) – ограниченная, заранее определенными временными рамками деятельность, имеющая: четко поставленную, заранее определенную цель; ограниченные, заранее определенные материальные ресурсы (бюджет); команду, возглавляемую руководителем проекта.

Развитие – это тип движения и изменения в природе и обществе, связанный с переходом от одного качества, состояния к другому, от старого к новому.

Ресурсы (*resource*) – персонал, оборудование и материалы, необходимые для выполнения задачи.

Риск – результат неопределенности в отношении целей, возможное отклонение предполагаемого результата. Риск характеризуется возможными событиями и последствиями или их сочетанием.

Риск (*risk*) – возможность неблагоприятного для организации развития событий, из-за которого результаты работы будут соответствовать ожидаемым. Со стороны руководства организации должна быть проведена оценка риска и выработана стратегия его уменьшения.

Средства организации – сочетание внутренних и внешних факторов и условий, способных повлиять на достижение целей организации и ее поведение в отношении заинтересованных сторон.

Стратегия – логически оформленный план или метод достижения целей, особенно на длительный период.

Управление (*management*) – процесс планирования, контроля и выполнения бизнес-процессов.

Устойчивое развитие (англ. *sustainable development*) – это процесс экономических и социальных изменений, при котором эксплуатация природных ресурсов, направление инвестиций, ориентация научно-технического развития, развитие личности и институциональные изменения согласованы друг с другом и укрепляют нынешний и будущий потенциал для удовлетворения человеческих потребностей и устремлений.

Устойчивое развитие организации – способность организации решать поставленные задачи и добиваться достижения долгосрочных целей в период от 3 лет и более.

Устойчивый успех – результат способности организации решать поставленные задачи и добиваться долгосрочных целей.

Факторы – условия, причины, параметры, показатели, оказывающие влияние, воздействие на устойчивость развития организации и результаты организационных процессов.

Факторы устойчивости – группа управленческих моделей, способствующих устойчивому развитию организации.

Цели организации – набор критериев для измерения эффективности деятельности организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Карта самооценки компетентности эксперта

Уважаемый коллега!

Как Вы оцениваете уровень Вашей осведомленности о теоретических и практических проблемах, влияющих на устойчивое развитие медицинской организации?

(Отметьте, пожалуйста, крестиком соответствующую оценку в строке против каждой из трех перечисленных характеристик)

Критерий осведомленности	Высокий (ая)	Средний (ая)	Низкий (ая)
	1	0,5	0
Уровень теоретического знания проблемы (k1)			
Практический опыт (k2)			
Способность предвидеть логику событий (k3)			

Ваша медицинская организация демонстрирует устойчивый рост (достижение долгосрочных целей) на протяжении _____ лет.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета

Уважаемые коллеги!

Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета проводит исследование устойчивого развития медицинской организации в современных условиях. В нашем исследовании под устойчивым развитием организации понимается способность организации решать поставленные задачи и добиваться достижения долгосрочных целей. Просим Вас ответить на вопросы анкеты.

1. Ваша должность:

- главный врач;
- директор;
- заместитель главного врача по _____
- заведующий отделением
- врач _____
- преподаватель
- другое _____

2. Вы работаете:

- в амбулаторно-поликлиническом звене;
- в стационаре;
- в диспансере;
- в медицинской организации скорой медицинской помощи;
- в специализированном центре системы здравоохранения;
- в научно-исследовательском институте;
- в высшем учебном заведении;
- в средне специальном учебном заведении;
- другое (впишите) _____

3. Ваше образование

- высшее медицинское
- высшее экономическое
- высшее юридическое
- другое _____

4. Ваш стаж работы в системе здравоохранения (в годах)

5. Ваш стаж работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (в годах)

Оцените по десятибалльной шкале влияние различных факторов на устойчивость развития медицинской организации. При условии, что 1 баллу соответствует минимальная оценка влияния фактора, а 10 баллам его максимальное влияние.

6. В какой степени в Вашей организации осуществляется политика, направленная на устойчивое развитие

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективная стратегия развития медицинской организации на долгосрочный период

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. В какой степени в Вашей организации осуществляется менеджмент, направленный на достижение устойчивого успеха организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективное управление ресурсами медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективная система управления финансовыми ресурсами

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективная кадровая политика

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективная система управления качеством оказания медицинских услуг

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. В какой степени в Вашей организации осуществляется работа по стандартам международной системы менеджмента качества ИСО 9001

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. В какой степени в Вашей организации осуществляется работа по стандартам ИСО 9004 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективное управление лечебно-диагностическими процессами в медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. В какой степени в Вашей организации осуществляется эффективное управление вспомогательными процессами в медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17. В какой степени в Вашей организации осуществляется внедрение улучшений в работу медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. В какой степени в Вашей организации осуществляется внедрение инноваций в работу медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. В какой степени персонал Вашей организации ознакомлен с долгосрочной стратегией организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. В какой степени в Вашей организации осуществляется проведение обучения персонала в медицинской организации по вопросам устойчивого развития

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. В какой степени в Вашей организации осуществляется систематический мониторинг и анализ результатов деятельности медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

22. В какой степени в Вашей организации осуществляется систематическое изучение удовлетворенности пациентов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

23. В какой степени в Вашей организации осуществляется взаимовыгодное сотрудничество с высшим учебным заведением по вопросам подготовки кадров

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. В какой степени в Вашей организации осуществляется реализация программы государственно-частного партнерства

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25. Для устойчивого развития Вашей организации необходимо сотрудничество медицинской организации со следующими организациями:

- поставщиками продукции и услуг для медицинской организации;
- научно-исследовательскими организациями;
- Территориальным ФОМС;
- страховыми организациями;
- региональными органами власти;
- другими медицинскими организациями;
- высшим учебным заведением;
- средне специальным учебным заведением;
- государственными организациями;
- частными фирмами;
- общественными организациями;
- другими организациями (впишите) _____

26. Какие факторы, по Вашему мнению, влияют на устойчивость развития Вашей медицинской организации:

- работа профессиональной команды управленцев;
- внедрение эффективной стратегии развития организации;
- материально-техническая оснащенность организации;
- комплекс лечебно-диагностических услуг, оказываемых медицинской организацией;
- квалифицированный персонал;
- внедрение в работу медицинской организации технологических решений для повышения эффективности ее деятельности;
- систематическое повышение эффективности и результативности всех процессов организации, способствующих достижению долгосрочных целей;
- планирование процессов в соответствии со стратегией организации;
- регулярный анализ деятельности организации.

27. Какие методы мониторинга и анализа эффективности деятельности используются в Вашей медицинской организации?

- оценка высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов;
- оценка достижения целей организации в соответствии с ее миссией, политикой и стратегией;
- осуществление анализа эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей медицинской организации (дорожной карты)
- оценка эффективности и результативности принятия решения;
- оценка сильных и слабых сторон деятельности медицинской организации;
- анализ конкурентной среды;
- анализ законодательных и нормативных требований;
- оценка текущих возможностей организации и ее процессов;
- оценка эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами;
- другое (впишите)

28. Какие методы используются в Вашей организации для выявления дополнительных возможностей для совершенствования деятельности медицинской организации?

- оценка эффективности деятельности всех подразделений медицинской организации (внутренние аудиты)
- сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями деятельности и процессами конкурентов (внешний бенчмаркинг)
- определение лучшего опыта работы подразделений организации для использования его в других подразделениях (внутренний бенчмаркинг);
- оценка взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов;
- оценка передового опыта других медицинских организаций;
- проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий;
- взаимовыгодное сотрудничество медицинских организаций для совместного обмена знаниями и информацией с целью разработки планов по совершенствованию деятельности (внешний бенчмаркинг)
- другое (впишите)

29. В работу Вашей организации внедряются различные улучшения и инновации:

- в технологию оказания медицинских услуг;
- в процесс обеспечения качества оказания медицинской услуги;
- в организационную структуру медицинской организации;
- в систему управления медицинской организацией;
- другое (впишите)

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г**Экспертная карта**

Уважаемые коллеги!

Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета проводит исследование устойчивого развития медицинской организации в современных условиях. В нашем исследовании под устойчивым развитием организации понимается способность организации решать поставленные задачи и добиваться достижения долгосрочных целей. Просим Вас ответить на вопросы экспертной карты.

29. Ваша должность:

- главный врач;

- директор;

- заместитель главного врача по _____

- другое _____

30. Вы работаете:

- в амбулаторно-поликлиническом звене;

- в стационаре;

- в диспансере;

- в медицинской организации скорой медицинской помощи;

- в специализированном центре системы здравоохранения;

- в научно-исследовательском институте;

- в высшем учебном заведении;

- в средне специальном учебном заведении;

- другое (впишите) _____

31. Ваше образование

- высшее медицинское

- высшее экономическое

- высшее юридическое

- другое _____

32. Ваш стаж работы в системе здравоохранения (в годах)

33. Ваш стаж работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (в годах)

Оцените по десятибалльной шкале влияние различных факторов на устойчивость развития медицинской организации. При условии, что 1 баллу соответствует минимальная оценка влияния фактора, а 10 баллам его максимальное влияние.

34. В какой степени политика организации влияет на устойчивое развитие

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

35. В какой степени внедрение эффективной стратегии развития медицинской организации на долгосрочный период влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

36. В какой степени менеджмент, направленный на достижение устойчивого успеха организации, влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

37. В какой степени эффективное управление ресурсами медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

38. В какой степени эффективная кадровая политика влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

39. В какой степени эффективная система управления качеством оказания медицинских услуг влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

40. В какой степени работа по стандартам международной системы менеджмента качества ИСО 9001 влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

41. В какой степени работа по стандартам ИСО 9004 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации» влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

42. В какой степени эффективное управление лечебно-диагностическими процессами в медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

43. В какой степени эффективное управление вспомогательными процессами в медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

44. В какой степени внедрение улучшений в работу медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

45. В какой степени внедрение инноваций в работу медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

46. В какой степени активное участие персонала в реализации долгосрочной стратегии организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

47. В какой степени проведение обучения персонала в медицинской организации по вопросам устойчивого развития влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

48. В какой степени систематический мониторинг и анализ результатов деятельности медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

49. В какой степени систематическое изучение удовлетворенности пациентов влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

50. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с высшим учебным заведением по вопросам подготовки кадров влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

51. В какой степени реализация программы государственно-частного партнерства влияет на устойчивое развитие медицинской организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

52. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с поставщиками продукции и услуг для медицинской организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

53. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с научно-исследовательскими организациями влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

54. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с Территориальным ФОМС влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

55. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество со страховыми организациями влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

56. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с региональными органами власти влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

57. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с другими медицинскими организациями влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

58. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество со средне специальным учебным заведением по вопросам подготовки кадров влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

59. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с государственными организациями влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

60. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с частными фирмами влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

61. В какой степени взаимовыгодное сотрудничество с общественными организациями влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

62. В какой степени работа профессиональной команды управленцев влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

63. В какой степени материально-техническая оснащенность организации влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

64. В какой степени комплекс лечебно-диагностических услуг, оказываемых медицинской организацией влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

65. В какой степени квалифицированный персонал влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

66. В какой степени систематическое повышение эффективности и результативности всех процессов организации, способствующих достижению долгосрочных целей, влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

67. В какой степени формирование системы ключевых показателей медицинской организации (дорожной карты) влияет на устойчивое развитие организации

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

68. Какие методы мониторинга и анализа эффективности деятельности должны использоваться медицинской организацией для определения устойчивости ее развития?

- оценка высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов;
- оценка достижения целей организации в соответствии с ее миссией, политикой и стратегией;
- осуществление анализа эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей медицинской организации (дорожной карты)
- оценка эффективности и результативности принятия решения;
- оценка сильных и слабых сторон деятельности медицинской организации;
- анализ конкурентной среды;
- анализ законодательных и нормативных требований;
- оценка текущих возможностей организации и ее процессов;
- оценка эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами;
- другое (впишите)

69. Какие методы совершенствования деятельности медицинской организации должны использоваться для определения устойчивости ее развития?

- оценка эффективности деятельности всех подразделений медицинской организации (внутренние аудиты)
- сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями деятельности и процессами конкурентов (внешний бенчмаркинг)
- определение лучшего опыта работы подразделений организации для использования его в других подразделениях (внутренний бенчмаркинг);
- оценка взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов;
- оценка передового опыта других медицинских организаций;
- проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий;
- взаимовыгодное сотрудничество медицинских организаций для совместного обмена знаниями и информацией с целью разработки планов по совершенствованию деятельности (внешний бенчмаркинг)
- другое (впишите) _____

70. Какие, по Вашему мнению, методы повышения эффективности работы персонала будут способствовать устойчивости развития медицинской организации:

- адаптация молодых сотрудников на рабочем месте;
- закрепление наставников за молодыми специалистами;
- внедрение в медицинской организации системы индивидуального обучения на рабочем месте;
- создание системы профессиональной аттестации сотрудников организации;
- планирование карьерного роста сотрудников;
- создание кадрового резерва сотрудников медицинской организации;
- создание кадрового резерва руководителей медицинской организации;
- индивидуальный план непрерывного образования каждого сотрудника организации
- систематический анализ уровня удовлетворенности персонала;
- улучшение оснащенности рабочих мест;
- создание благоприятного психологического климата в коллективе;
- передача информации, опыта и знаний между сотрудниками и подразделениями внутри медицинской организации;
- согласованность действий между сотрудниками различных подразделений внутри медицинской организации;
- согласованность действий между медицинской организацией и ее партнерами;
- для каждого сотрудника медицинской организации устанавливать индивидуальные производственные планы, решающие задачи подразделения;
- внедрение программы сбора предложений сотрудников по улучшению работы организации;
- нормирование труда персонала медицинской организации;
- внедрение в работу медицинской организации эффективной системы оплаты труда;
- внедрение в работу медицинской организации системы нематериального поощрения сотрудников;
- передача знаний и опыта работы сотрудников организации, молодым специалистам;
- обеспечение действующей системы передачи информации важного содержания, необходимой для принятия решения.

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Данные оценки уровня компетентности экспертов при оценке степени влияния факторов на устойчивость развития медицинской организации

Эксперты	Уровень компетентности эксперта			Коэффициент уровня компетентности эксперта	устойчивый рост МО
	Теоретический уровень	Практический уровень	Способность к прогнозированию		
Эксперт 1	1	1	1	1,00	9
Эксперт 2	1	1	1	1,00	6
Эксперт 3	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 4	1	1	1	1,00	9
Эксперт 5	1	1	1	1,00	4
Эксперт 6	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 7	1	1	1	1,00	7
Эксперт 8	1	1	1	1,00	5
Эксперт 9	1	1	1	1,00	10
Эксперт 10	1	1	0,5	0,83	7
Эксперт 11	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 12	1	1	1	1,00	11
Эксперт 13	0,5	0,5	0,5	0,50	5
Эксперт 14	1	1	1	1,00	4
Эксперт 15	1	1	1	1,00	9
Эксперт 16	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 17	1	1	1	1,00	5
Эксперт 18	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 19	1	1	1	1,00	5
Эксперт 20	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 21	1	1	1	1,00	4
Эксперт 22	1	1	1	1,00	5
Эксперт 23	1	1	1	1,00	11
Эксперт 24	1	1	1	1,00	5
Эксперт 25	1	1	1	1,00	7
Эксперт 26	1	1	1	1,00	4
Эксперт 27	1	1	1	1,00	5
Эксперт 28	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 29	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 30	1	1	1	1,00	4
Эксперт 31	1	1	1	1,00	4
Эксперт 32	1	1	1	1,00	4
Эксперт 33	1	1	1	1,00	4
Эксперт 34	1	1	1	1,00	5

Эксперт 35	1	1	1	1,00	4
Эксперт 36	1	1	1	1,00	6
Эксперт 37	1	1	1	1,00	4
Эксперт 38	1	1	1	1,00	4
Эксперт 39	1	1	1	1,00	4
Эксперт 40	1	1	1	1,00	5
Эксперт 41	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 42	1	1	1	1,00	5
Эксперт 43	1	1	1	1,00	5
Эксперт 44	1	1	1	1,00	5
Эксперт 45	1	1	1	1,00	8
Эксперт 46	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 47	1	1	1	1,00	4
Эксперт 48	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 49	1	1	1	1,00	5
Эксперт 50	1	1	1	1,00	4
Эксперт 51	1	1	1	1,00	11
Эксперт 52	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 53	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 54	1	1	1	1,00	7
Эксперт 55	0,5	0,5	0,5	0,50	5
Эксперт 56	1	1	1	1,00	4
Эксперт 57	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 58	0,5	0,5	0,5	0,50	4
Эксперт 59	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 60	1	1	1	1,00	4
Эксперт 61	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 62	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 63	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 64	1	1	1	1,00	4
Эксперт 65	1	1	1	1,00	12
Эксперт 66	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 67	1	1	1	1,00	4
Эксперт 68	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 69	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 70	1	1	1	1,00	6
Эксперт 71	1	1	1	1,00	5
Эксперт 72	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 73	1	1	1	1,00	5
Эксперт 74	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 75	1	1	1	1,00	5
Эксперт 76	1	1	1	1,00	5
Эксперт 77	1	1	1	1,00	4
Эксперт 78	1	1	1	1,00	5

Эксперт 79	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 80	1	1	1	1,00	3
Эксперт 81	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 82	1	1	1	1,00	5
Эксперт 83	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 84	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 85	1	1	1	1,00	3
Эксперт 86	1	1	1	1,00	9
Эксперт 87	0,5	0,5	0,5	0,50	5
Эксперт 88	1	1	1	1,00	3
Эксперт 89	1	0,5	0,5	0,67	3
Эксперт 90	1	1	1	1,00	7
Эксперт 91	1	1	1	1,00	5
Эксперт 92	1	1	0,5	0,83	3
Эксперт 93	1	1	1	1,00	4
Эксперт 94	1	1	1	1,00	4
Эксперт 95	1	1	1	1,00	10
Эксперт 96	1	1	1	1,00	5
Эксперт 97	1	1	1	1,00	4
Эксперт 98	1	1	1	1,00	4
Эксперт 99	1	1	1	1,00	4
Эксперт 100	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 101	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 102	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 103	1	1	1	1,00	3
Эксперт 104	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 105	1	1	1	1,00	5
Эксперт 106	0,5	0,5	0,5	0,50	4
Эксперт 107	0,5	0,5	0,5	0,50	3
Эксперт 108	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 109	1	1	1	1,00	3
Эксперт 110	1	1	1	1,00	3
Эксперт 111	1	1	1	1,00	3
Эксперт 112	1	1	1	1,00	5
Эксперт 113	1	1	1	1,00	4
Эксперт 114	0,5	0,5	0,5	0,50	4
Эксперт 115	1	1	1	1,00	6
Эксперт 116	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 117	1	1	1	1,00	5
Эксперт 118	1	1	1	1,00	12
Эксперт 119	1	1	1	1,00	8
Эксперт 120	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 121	1	1	0,5	0,83	3
Эксперт 122	1	1	1	1,00	3

Эксперт 123	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 124	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 125	1	1	1	1,00	4
Эксперт 126	1	1	1	1,00	5
Эксперт 127	1	1	1	1,00	5
Эксперт 128	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 129	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 130	1	1	0,5	0,83	3
Эксперт 131	1	1	1	1,00	3
Эксперт 132	0,5	0,5	0,5	0,50	3
Эксперт 133	1	1	1	1,00	3
Эксперт 134	1	1	1	1,00	3
Эксперт 135	1	1	1	1,00	4
Эксперт 136	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 137	1	1	1	1,00	7
Эксперт 138	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 139	1	1	1	1,00	5
Эксперт 140	1	1	1	1,00	4
Эксперт 141	1	1	1	1,00	4
Эксперт 142	1	1	1	1,00	4
Эксперт 143	1	1	1	1,00	4
Эксперт 144	1	1	1	1,00	9
Эксперт 145	1	1	1	1,00	3
Эксперт 146	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 147	1	1	1	1,00	5
Эксперт 148	0,5	0,5	0,5	0,50	6
Эксперт 149	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 150	1	1	1	1,00	4
Эксперт 151	1	1	1	1,00	4
Эксперт 152	1	1	1	1,00	5
Эксперт 153	1	1	1	1,00	9
Эксперт 154	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 155	1	1	1	1,00	3
Эксперт 156	1	1	1	1,00	3
Эксперт 157	1	1	1	1,00	5
Эксперт 158	1	1	1	1,00	5
Эксперт 159	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 160	1	1	1	1,00	5
Эксперт 161	1	1	1	1,00	3
Эксперт 162	1	1	1	1,00	8
Эксперт 163	1	1	1	1,00	8
Эксперт 164	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 165	1	0,5	0,5	0,67	12
Эксперт 166	1	0,5	0,5	0,67	5

Эксперт 167	1	1	0,5	0,83	3
Эксперт 168	1	1	1	1,00	4
Эксперт 169	1	1	1	1,00	7
Эксперт 170	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 171	0,5	0,5	0,5	0,50	5
Эксперт 172	1	1	1	1,00	6
Эксперт 173	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 174	1	1	1	1,00	4
Эксперт 175	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 176	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 177	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 178	1	1	1	1,00	5
Эксперт 179	1	1	1	1,00	5
Эксперт 180	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 181	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 182	1	1	1	1,00	5
Эксперт 183	1	1	1	1,00	11
Эксперт 184	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 185	1	1	1	1,00	5
Эксперт 186	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 187	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 188	1	1	1	1,00	3
Эксперт 189	1	1	1	1,00	8
Эксперт 190	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 191	1	1	1	1,00	7
Эксперт 192	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 193	1	1	1	1,00	4
Эксперт 194	1	1	1	1,00	5
Эксперт 195	1	1	1	1,00	5
Эксперт 196	1	1	1	1,00	4
Эксперт 197	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 198	0,5	0,5	0,5	0,50	5
Эксперт 199	1	1	1	1,00	5
Эксперт 200	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 201	1	1	1	1,00	4
Эксперт 202	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 203	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 204	1	1	1	1,00	3
Эксперт 205	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 206	1	1	1	1,00	4
Эксперт 207	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 208	1	1	1	1,00	4
Эксперт 209	1	1	1	1,00	4
Эксперт 210	1	1	0,5	0,83	4

Эксперт 211	1	1	1	1,00	6
Эксперт 212	1	1	1	1,00	5
Эксперт 213	1	1	1	1,00	9
Эксперт 214	1	1	1	1,00	5
Эксперт 215	1	1	1	1,00	5
Эксперт 216	1	1	1	1,00	3
Эксперт 217	1	1	1	1,00	4
Эксперт 218	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 219	1	0,5	0,5	0,67	7
Эксперт 220	1	1	1	1,00	5
Эксперт 221	1	1	1	1,00	5
Эксперт 222	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 223	1	1	1	1,00	4
Эксперт 224	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 225	0,5	0,5	0,5	0,50	5
Эксперт 226	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 227	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 228	1	1	1	1,00	10
Эксперт 229	1	1	1	1,00	4
Эксперт 230	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 231	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 232	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 233	1	1	1	1,00	6
Эксперт 234	1	1	1	1,00	5
Эксперт 235	1	1	1	1,00	5
Эксперт 236	1	1	1	1,00	7
Эксперт 237	1	1	1	1,00	4
Эксперт 238	1	1	1	1,00	4
Эксперт 239	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 240	1	1	1	1,00	6
Эксперт 241	1	1	1	1,00	8
Эксперт 242	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 243	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 244	1	1	1	1,00	4
Эксперт 245	1	1	1	1,00	7
Эксперт 246	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 247	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 248	1	1	0,5	0,83	3
Эксперт 249	1	1	1	1,00	6
Эксперт 250	1	1	1	1,00	5
Эксперт 251	1	1	1	1,00	3
Эксперт 252	0,5	0,5	0,5	0,50	3
Эксперт 253	1	1	1	1,00	7
Эксперт 254	1	0,5	0,5	0,67	5

Эксперт 255	1	1	1	1,00	5
Эксперт 256	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 257	1	1	1	1,00	6
Эксперт 258	1	1	1	1,00	5
Эксперт 259	1	1	1	1,00	5
Эксперт 260	1	1	1	1,00	9
Эксперт 261	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 262	1	1	1	1,00	5
Эксперт 263	1	1	1	1,00	10
Эксперт 264	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 265	1	1	1	1,00	5
Эксперт 266	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 267	1	1	0,5	0,83	4
Эксперт 268	1	1	1	1,00	7
Эксперт 269	1	1	1	1,00	5
Эксперт 270	1	1	1	1,00	5
Эксперт 271	1	1	1	1,00	5
Эксперт 272	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 273	1	1	1	1,00	5
Эксперт 274	1	1	1	1,00	5
Эксперт 275	1	1	1	1,00	6
Эксперт 276	1	1	1	1,00	5
Эксперт 277	1	0,5	0,5	0,67	4
Эксперт 278	1	1	1	1,00	4
Эксперт 279	1	1	1	1,00	5
Эксперт 280	1	1	1	1,00	11
Эксперт 281	1	1	1	1,00	8
Эксперт 282	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 283	1	1	1	1,00	8
Эксперт 284	1	1	0,5	0,83	5
Эксперт 285	1	0,5	0,5	0,67	5
Эксперт 286	1	1	1	1,00	10
Итого	0,98	0,87	0,81	0,89	

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Сопоставимость моделей оценки стандарта ГОСТ Р ИСО 9004 и модели оценки на основе методом Анализа иерархий Т.Л. Саати

Таблица Е 1 – Ключевые элементы устойчивого развития медицинской организации

Ключевые элементы	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,166	п.4 стандарта	
Стратегия и политика	0,166	п.5 стандарта	
Менеджмент ресурсов	0,166	п.6 стандарта	
Менеджмент процессов	0,166	п.7 стандарта	
Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,166	п.8 стандарта	
Улучшения, инновации и обучение	0,166	п.9 стандарта	

Таблица Е 2 – Критерии оценки ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25	п.4.1 стандарта	авторская редакция
Устойчивый успех	0,25	п.4.2 стандарта	
Среда организации	0,25	п.4.3 стандарта	
Заинтересованные стороны	0,25	п.4.4 стандарта	

Таблица Е. 3 – Критерии оценки ключевого элемента «Стратегия и политика»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Выработка стратегии и политики	0,33	п.5.2 стандарта	
Развертывание стратегии и политики	0,33	п.5.3 стандарта	
Передача информации о стратегии и политике	0,33	п.5.4 стандарта	

Таблица Е. 4 – Критерии оценки ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,125	п.6.1 стандарта	авторская редакция
Финансовые ресурсы	0,125	п.6.2 стандарта	
Работники организации	0,125	п.6.3 стандарта	авторская редакция
Партнеры и поставщики	0,125	п.6.4 стандарта	
Инфраструктура	0,125	п.6.5 стандарта	
Производственная среда	0,125	п.6.6 стандарта	
Знания, информация и технологии	0,125	п.6.7 стандарта	
Природные ресурсы	0,125	п.6.8 стандарта	

Таблица Е. 5 – Критерии оценки ключевого элемента «Менеджмент процессов»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Планирование и управление процессами	0,5	п.7.2 стандарта	
Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5	п.7.3 стандарта	

Таблица Е. 6 – Критерии оценки ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Мониторинг	0,25	п.8.2 стандарта	
Измерение	0,25	п.8.3 стандарта	
Анализ	0,25	п.8.4 стандарта	
Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25	п.8.5 стандарта	

Таблица Е. 7 – Критерии оценки ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Улучшения	0,33	п.9.2 стандарта	
Инновации	0,33	п.9.3 стандарта	
Обучение	0,33	п.9.4 стандарта	

Оценка ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

Таблица Е. 2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Функциональная система менеджмента основана на процедурах (соблюдаются минимальные лицензионные требования)	0,03	I	
Система менеджмента качества основана на процессном подходе	0,06	II	
Система менеджмента качества охватывает все уровни организации, основана на принципах TQM	0,13	III	
Система менеджмента организации расширена для включения других аспектов, например, экологического менеджмента, менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда и т.п.	0,26	IV	
Система менеджмента обеспечивает полное развертывание политики организации	0,52	V	

Таблица Е. 2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Планирование деятельности организации	0,5		авторский элемент иерархии
Динамика показателей эффективности деятельности	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 2.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Планирование деятельности организации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Составление краткосрочных планов (на 1 год)	0,1		авторский показатель
Составление среднесрочных планов (2-4 лет)	0,26	IV	авторская редакция
Составление стратегических планов (на 5 и более лет)	0,64	V	авторская редакция

Таблица Е. 2.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Динамика показателей эффективности деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Проводится анализ показателей эффективности деятельности за 1 год	0,1	I – II	
Последовательное повышение эффективности деятельности за последние 2 - 4 года	0,26	III – IV	
Последовательное повышение эффективности деятельности организации за последние 5 лет	0,64	V	

Таблица Е. 2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Среда организации»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Организация реагирует только на изменения, которые ее затрагивают	0,03	I	
Разработаны планы предотвращения повторного возникновения старых проблем	0,06	II	
Периодически проводятся оценки рисков для изучения их потенциального воздействия на организацию	0,13	III	
Разработаны планы действий в чрезвычайных обстоятельствах для снижения всех выявленных рисков	0,26	IV	
Оценка и планирование рисков является непрерывным процессом в рамках организации для снижения всех рисков	0,52	V	

Таблица Е. 2.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Заинтересованные стороны»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Организацией не определяются потребности и ожидания заинтересованных сторон, главной целью организации является получение ежегодной прибыли	0,06	I	авторская редакция
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются, когда это практически возможно	0,12	II – III	
Потребности и ожидания заинтересованных сторон служат основой для принятия решений руководством	0,26	IV	
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются последние 3 года	0,56	V	

Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»

Таблица Е. 3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Процесс планирования стратегии и политики	0,06		авторский элемент иерархии

Стратегия и политика базируется на анализе среды организации	0,16		авторский элемент иерархии
Результаты реализации стратегии	0,78		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 3.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Процесс планирования стратегии и политики

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Процесс планирования стратегии и политики носит несистематический характер	0,1	I	
Существует структурированный процесс выработки стратегии и политики	0,26	II	
При выработке стратегии и политики учитываются потребности и ожидания заинтересованных сторон	0,64	III	авторская редакция

Таблица Е. 3.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Стратегия и политика базируется на анализе среды организации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Проводится анализ законодательных и нормативных требований	0,142	II	авторская редакция
Проводится анализ потребностей и ожидания потребителей	0,142	II	авторская редакция
Проводится анализ потребностей и ожидания заинтересованных сторон	0,142	III	авторская редакция
Проводится анализ изменяющихся внешних тенденций (угроз и возможностей)	0,142	III	авторская редакция
Проводится анализ ресурсного обеспечения	0,142	IV	авторская редакция
Проводится анализ процесса планирования	0,142	IV	авторская редакция
Проводится анализ мониторинга и отчетности	0,142	V	авторская редакция

Таблица Е. 3.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Результаты реализации стратегии

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Имеются благоприятные результаты достижения целей организации	0,06	III	
Стратегия привела к оптимизации потребностей заинтересованных сторон	0,12	V	
Заинтересованные стороны содействуют успеху организации	0,26	V	
Стратегия привела к устойчивому успеху организации	0,56	V	авторская редакция

Таблица Е. 3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Процесс реализации стратегии и политики	0,5		авторский элемент иерархии
Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 3.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики». Процесс реализации стратегии и политики

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Реализация краткосрочных целей и задач организации	0,03	I	
Стратегия и политика преобразуются в задачи для различных уровней организации	0,06	II	
Потребности и ожидания потребителей преобразуются в четко сформулированные процессы и задачи	0,13	II	
Определены цели для каждого процесса и уровня организации	0,26	IV	
Систематически проводится актуализация стратегии на основе данных, полученных в результате мониторинга и анализа среды организации	0,52	V	

Таблица Е. 3.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики». Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Проводится анализ эффективности процессов по результатам выполнения отдельных задач	0,03	II	авторская редакция

Проводится анализ развертывания стратегии на основании запланированных результатов	0,06	III	авторская редакция
Проводится анализ системы менеджмента на соответствие с изменениями стратегии	0,13	IV	
Проводится анализ результативности процесса обмена информацией	0,26	V	перенесла из п. 5.4. стандарта
Проводится анализ случаев преодоления новых или непредвиденных трудностей	0,52	V	

Таблица Е. 3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Передача информации о стратегии и политике»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Передача информации носит пассивный характер	0,03	I	
Внедрен процесс внешнего и внутреннего обмена информацией	0,06	II	
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения соответствующих сотрудников	0,13	III	
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения заинтересованных сторон, и информация о них передается на все уровни организации	0,26	IV	
Процессы обмена информацией отвечают требованиям заинтересованных сторон	0,52	V	

Оценка ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»

Таблица Е. 4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Планирование ресурсного обеспечения	0,5		авторский элемент иерархии
Анализ ресурсного обеспечения	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)» Планирование ресурсного обеспечения

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Ресурсы определяются и распределяются от случая к случаю	0,06	I	
Внедрен процесс планирования ресурсов в краткосрочный период, включая их идентификацию, предоставление и мониторинг	0,12	II	авторская редакция
Планирование ресурсов охватывает долгосрочные цели	0,26	III	
Бенчмаркинг применяется при поиске возможностей для оптимизации плана распределения ресурсов	0,56	V	

Таблица Е. 4.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)» Анализ ресурсного обеспечения

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Осуществляется периодический анализ наличия и пригодности ресурсов	0,1	III	
Оцениваются риски, связанные с потенциальным дефицитом ресурсов	0,26	IV	
Процесс управления ресурсным обеспечением демонстрирует свою результативность и эффективность	0,64	IV	авторская редакция

Таблица Е. 4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Управление финансовой деятельностью	0,33		авторский элемент иерархии
Планирование финансовых ресурсов	0,33		авторский элемент иерархии
Анализ финансовой деятельности	0,33		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы» Управление финансовой деятельностью

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Финансовые ресурсы распределяются случайным образом	0,06	I	
Реализуется процесс прогнозирования, мониторинга и контролирования финансовых ресурсов	0,12	II	
Финансовое управление систематически структурируется	0,26	II	
Выделение финансовых ресурсов способствует достижению целей организации	0,56	V	

Таблица Е. 4.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы». Планирование финансовых ресурсов

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Финансовые ресурсы определяются случайным образом	0,03	I	
Используется краткосрочное финансовое	0,06	I	

планирование			
Выявляются финансовые риски	0,13	III	
Прогнозируются и планируются будущие финансовые потребности	0,26	IV	
Снижаются финансовые риски	0,52	IV	

Таблица Е. 4.2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы» Анализ финансовой деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Осуществляются периодические анализы результативности использования финансовых ресурсов	0,12	III	
Действует непрерывный процесс переоценки выделенных ресурсов	0,88	V	

Таблица Е. 4.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Связь кадровой политики со стратегией	0,25		авторский элемент иерархии
Подготовка кадров	0,25		авторский элемент иерархии
Компетентность сотрудников	0,25		авторский элемент иерархии
Обмен информацией с персоналом	0,25		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Связь кадровой политики со стратегией

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
К работникам относятся как к необходимому ресурсу	0,03	I	
Несколько целей кадровой политики связаны со стратегией организации.	0,06	I	
Работникам поставлены задачи, которые связаны со стратегией	0,13	II	
Персоналу определены четкие обязанности и задачи в отношении процессов, и известно, как они увязаны в рамках организации.	0,26	III	
Внешняя система связей способствует вовлечению всех работников организации. Работники на всех уровнях участвуют в разработке новых процессов	0,52	V	

Таблица Е. 4.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Подготовка кадров

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Подготовка кадров проводится несистематически, а в основном по просьбе отдельных работников.	0,06	I	
Повышение квалификации является частью общего плана, который связан со стратегией организации.	0,12	II	
Разработана система повышения квалификации, основанная на наставничестве и инструктировании	0,26	III	
Организована подготовка кадров для повышения квалификации, развития творческого подхода и оптимизации деятельности.	0,56	IV	

Таблица Е. 4.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Компетентность сотрудников

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Проверка компетентности сотрудников осуществляется от случая к случаю	0,03	I	
Действует программа проверки компетентности сотрудников	0,06	II	
Работники организации знают уровень своей компетентности и то, в каких областях они могут максимально способствовать повышению эффективности деятельности организации.	0,13	IV	
Хорошо развит процесс планирования карьеры	0,26	IV	
Персонал широко использует передовой опыт	0,52	V	

Таблица Е. 4.3.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Обмен информацией с персоналом

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Обмен информацией с персоналом осуществляется от случая к случаю	0,1		авторский показатель
Осуществляется сбор рационализаторских предложений	0,26	II	
Широко используется внутренняя система связей, обеспечивающая получение коллективных знаний.	0,64	IV	

Таблица Е. 4.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации	0,5		авторский элемент иерархии
Обмен информацией с партнерами и поставщиками	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики» Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Поставщики и партнеры идентифицированы согласно стратегическим потребностям или рискам.	0,1	III	
Для развития возможностей поставщиков и партнеров существуют процессы регулирования взаимоотношений	0,26	III	
Имеются данные, свидетельствующие о непосредственном участии партнеров и внесении ими своего вклада в успех организации	0,64	V	

Таблица Е. 4.4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики» Обмен информацией с партнерами и поставщиками

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Связи с поставщиками ограничены выставлением заявок на подряд, размещением заказов или разрешением проблем	0,1	I	
Налажены процессы обмена информацией с поставщиками, выбора, оценки, повторной оценки и классификации поставщиков	0,26	II	
С партнерами осуществляется открытый обмен информацией в отношении потребностей и стратегии	0,64	IV	

Таблица Е. 4.5 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Планирование потребности в инфраструктуре	0,12		авторский элемент иерархии
Инфраструктура способствует достижению стратегических целей	0,88		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.5.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура» Планирование потребности в инфраструктуре

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Создана базовая инфраструктура	0,1	I	
Осуществляется планирование и управление инфраструктурой организации.	0,26	II	
Для снижения потенциальных угроз и выявления возможностей используется планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах	0,64	V	

Таблица Е. 4.5.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура» Инфраструктура способствует достижению стратегических целей

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Принимаются во внимание законодательные и нормативные требования	0,06	II	
Проводится периодический анализ инфраструктуры и соответствующих процессов с прицелом на будущее	0,12	III	
Выявляются риски, присущие инфраструктуре, и осуществляются предупреждающие действия	0,26	IV	
Эффективность деятельности и база распределения затрат выгодно отличаются от других организаций.	0,56	V	

Таблица Е. 4.6 – Критерии оценки детализированного элемента «Производственная среда»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Созданы основные условия для развития производственной среды	0,03	I	
Разработан процесс, обеспечивающий выполнение производственной средой всех применимых законодательных и нормативных требований	0,06	II	
Осуществляется периодический анализ эффективности и	0,13	III	

результативности производственной среды			
Данные показывают, что производственная среда стимулирует производительность труда, творческий подход и хорошие условия работы персонала	0,26	IV	
Процессы, реализуемые для совершенствования производственной среды, способствуют повышению конкурентоспособности и сопоставимы с аналогичными процессами других организаций	0,52	V	

Таблица Е. 4.7 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Менеджмент	0,5		авторский элемент иерархии
Обмен информацией	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.7.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии» Менеджмент

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Разработаны основные подходы и системы менеджмента знаний, информации и технологий	0,06	I	
Внедрен процесс идентификации, получения, защиты, использования и оценки информации, знаний и технологий.	0,12	II	
Важнейшие технологии управляются на основе патентного права и поиска вторичных ресурсов в случае необходимости	0,26	III	
Результаты менеджмента информации, знаний и технологий вполне сопоставимы с другими организациями	0,56	V	

Таблица Е. 4.7.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии» Обмен информацией

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Обмен информацией осуществляется от случая к случаю	0,06		авторский показатель
Внедрена базовая система обмена и коллективного использования информации	0,12	II	
Происходит обмен информацией, знаниями и технологиями в рамках организации, и периодически проводится анализ их использования.	0,26	III	
Осуществляется обмен информацией, знаниями и технологиями с партнерами и другими заинтересованными сторонами	0,56	IV	

Таблица Е. 4.8 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Менеджмент	0,5		авторский элемент иерархии
Оптимизация использования природных ресурсов	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 4.8.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы» Менеджмент

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Имеет место весьма ограниченный менеджмент использования природных ресурсов	0,06	I	
Существует процесс определения и управления использованием природных ресурсов, требуемых организации	0,12	II	
Должным образом структурированы процессы определения эффективности использования природных ресурсов.	0,26	III	
Организацией разработаны процессы учета потребности в защите окружающей среды на всем протяжении жизненного цикла продукции	0,56	IV	

Таблица Е. 4.8.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы» Оптимизация использования природных ресурсов

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Оцениваются риски, связанные с дефицитом природных ресурсов, и принимаются меры по обеспечению преемственности поставщиков в будущем	0,06	III	
Существуют процессы оптимизации использования природных ресурсов и изучения возможности использования альтернативных ресурсов.	0,12	IV	
Организация способна продемонстрировать, что ее подход к использованию природных ресурсов отвечает настоящим потребностям без ущерба для будущих поколений или общества.	0,26	V	
Осуществляется взаимодействие с внешними организациями и другими заинтересованными сторонами и бенчмаркинг относительно использования природных ресурсов.	0,56	V	

Оценка ключевого элемента «Менеджмент процессов»

Таблица Е. 5.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Процесс менеджмента	0,25		авторский элемент иерархии
Планирование процессов	0,25		авторский элемент иерархии
Результативность процессов	0,25		авторский элемент иерархии
Эффективность процессов	0,25		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 5.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»
Процесс менеджмента

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Менеджмент процессов носит неофициальный и случайный характер	0,06	I	
Определены ключевые процессы, в частности те, которые связаны с удовлетворенностью потребителей и жизненным циклом продукции, и осуществляется их менеджмент.	0,12	II	
Могут быть наглядно показаны улучшения в маневренности, гибкости и инновационном подходе к процессам.	0,26	IV	
Существует действенный подход к выявлению и разрешению конфликтов на стыках процессов	0,56	IV	

Таблица Е. 5.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»
Планирование процессов

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Планирование носит неофициальный и случайный характер	0,06	I	
Планирование процессов увязано с развертыванием стратегии.	0,12	III	
Потребности и ожидания идентифицированных заинтересованных сторон используются как исходные данные для планирования процессов.	0,26	III	
При планировании процессов принимаются во внимание все соответствующие заинтересованные стороны.	0,56	IV	

Таблица Е. 5.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»
Результативность процессов

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Систематически измеряется результативность процессов, и принимаются необходимые меры	0,06	II	
Процессы дают предсказуемые результаты.	0,12	III	
Анализируется результативность процессов организации	0,26	III	
Выходы ключевых процессов превышают средний показатель для данного сектора	0,56	V	

Таблица Е. 5.1.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»
Эффективность процессов

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Могут быть наглядно показаны меры по повышению эффективности процессов.	0,1	III	
Анализируется эффективность процессов организации	0,26	III	
Эффективность процессов сопоставляется с ведущими организациями, и результаты сопоставления используются при планировании процессов.	0,64	V	

Таблица Е. 5.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Ответственность и полномочия, связанные с процессами»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Обязанности в отношении процессов определяются от случая к случаю	0,03	I	
Четко распределены обязанности и полномочия, связанные с менеджментом процессов (например, между «владельцами процессов»)	0,06	II	
Выработана политика предотвращения и разрешения возможных споров при менеджменте процессов	0,13	III	
Постоянно повышается квалификация владельцев процессов	0,26	IV	
Имеет место обмен знаниями между владельцами процессов и заинтересованными сторонами	0,52	V	

Оценка ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»

Таблица Е. 6.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Управление мониторингом	0,33		авторский элемент иерархии
Уровень мониторинга	0,33		авторский элемент иерархии
Источники информации для мониторинга	0,33		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 6.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Управление мониторингом

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Мониторинг проводится от случая к случаю, соответствующие процессы отсутствуют.	0,02	I	
Периодически осуществляется процесс мониторинга.	0,04	II	
Мониторинг потребности и ожиданий потребителей ведётся систематически.	0,06	II	
Процесс мониторинга регулярно оценивается для повышения его результативности.	0,09	III	
Процесс мониторинга имеет систематизированный и плановый характер и включает перекрестные проверки с внешними источниками данных.	0,13	IV	
Оценка требований к ресурсам в динамике по времени носит систематизированный и планомерный характер.	0,17	IV	
Процесс мониторинга позволяет получить достоверные данные и оценить тенденции.	0,22	V	
Мониторинг акцентирует внимание на тенденциях в направлениях деятельности организации, технологии и положение с рабочей силой и направлен на оптимизацию использования и развития ресурсов.	0,28	V	

Таблица Е. 6.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Уровень мониторинга

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
При мониторинге акцент делается на продукцию. Меры принимаются при возникновении проблем с продукцией или проблем менеджмента (т.е. в кризисных ситуациях).	0,03	I	
Мониторинг ориентирован на потребителей.	0,06	II	
Проводится мониторинг текущих возможностей процесса	0,13	III	
Проводится мониторинг ресурсов	0,26		авторский показатель
Мониторинг ориентирован на поставщиков и частично на работников организации и другие заинтересованные стороны.	0,52	III	

Таблица Е. 6.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Законодательные и нормативные требования	0,25		авторский элемент иерархии
Сотрудники организации	0,25		авторский элемент иерархии
Потребители	0,25		авторский элемент иерархии
Поставщики и партнеры	0,25		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 6.1.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: законодательные и нормативные требования

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Несмотря на сбор информации о применимых законодательных и нормативных требованиях, анализ изменений в требованиях проводится только от случая к случаю	0,06	I	
За счет специальных механизмов систематически отслеживаются изменения в законодательных и нормативных требованиях	0,12	II	
Процедуры отслеживания законодательных и нормативных требований являются результативными и эффективными	0,26	III	
Происходящие или предполагаемые изменения в экономической политике, спросе на продукцию, технологиях, защите окружающей среды или в социальных и культурных аспектах, которые могут повлиять на эффективность деятельности организации, контролируются в плановом порядке	0,56	V	

Таблица Е. 6.1.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: сотрудники организации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Информация от работников организации собирается только заочно.	0,12	III	
Сбор информации от работников организации	0,88	IV	

осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса			
--	--	--	--

Таблица Е. 6.1.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: потребители

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Информация от потребителей собирается только заочно.	0,12		авторский показатель
Сбор информации от потребителей осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	0,88	IV	

Таблица Е. 6.1.3.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: поставщики и партнеры

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Информация от поставщиков и партнеров собирается только заочно.	0,06		авторский показатель
В плановом порядке осуществляется сбор информации от основных поставщиков и партнеров.	0,16	III	
Сбор информации от поставщиков и партнеров осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	0,78		авторский показатель

Таблица Е. 6.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Ключевые показатели деятельности	0,25		авторский элемент иерархии
Внутренние аудиты	0,25		авторский элемент иерархии
Самооценка	0,25		авторский элемент иерархии
Бенчмаркинг	0,25		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 6.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности	0,25		
Качество ключевых показателей деятельности	0,25		
Источники информации для ключевых показателей деятельности	0,25		
Результаты внедрения ключевых показателей деятельности	0,25		

Таблица Е. 6.2.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Имеется весьма ограниченное количество данных, полученных в результате измерений и оценок, для обоснования управленческих решений или отслеживания принимаемых мер.	0,03	I	
Существует формальный набор определений для ключевых показателей, связанных со стратегией и основными процессами организации.	0,06	II	
Цели на уровне процессов связаны с ключевыми показателями деятельности.	0,13	III	
Осуществляется мониторинг развертывания стратегии и структурирования задач.	0,26	IV	
Выполняется анализ рисков как средство оптимизации процесса назначения приоритетов	0,52	V	

Таблица Е. 6.2.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Качество ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Данные не всегда носят достоверный характер	0,1	I	

Основные условия достижения успеха идентифицированы и прослеживаются путем использования соответствующих, реальных показателей.	0,26	III	
Показатели деятельности установлены и широко используются для принятия стратегических решений в отношении тенденций и долгосрочного планирования.	0,64	IV - V	

Таблица Е. 6.2.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Источники информации для ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Используются базовые показатели (такие как финансовая отчетность, своевременность поставок, количество жалоб от потребителей, судебные предупреждения и штрафы).	0,1	I	
Показатели главным образом основаны на использовании внутренних данных.	0,26	II	
Имеются данные, свидетельствующие о том, насколько деятельность организации сопоставима с деятельностью других организаций.	0,64	III	

Таблица Е. 6.2.1.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Результаты внедрения ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Управленческие решения опираются на результаты анализов системы менеджмента качества и дополнительных ключевых показателей деятельности	0,06	II - III	
Имеются данные, демонстрирующие динамику развития ключевых показателей деятельности во времени.	0,12	IV	
Систематический анализ данных позволяет прогнозировать будущую деятельность	0,26	IV - V	
Показатели способствуют принятию обоснованных стратегических решений.	0,56	V	

Таблица Е. 6.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Внутренние аудиты

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Аудиты проводятся пассивно, в ответ на проблемы, жалобы потребителей и т.п.	0,06	I	
Результаты аудитов систематически используются для анализа системы менеджмента.	0,12	II	
Аудиты обеспечивают точность данных и результативность системы менеджмента.	0,26	III	
Аудиты, в которых участвуют другие заинтересованные стороны, предоставляют им возможность способствовать выявлению дополнительных улучшений.	0,56	V	

Таблица Е. 6.2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Сбор данных	0,1		авторский элемент иерархии
Процесс самооценки	0,26		авторский элемент иерархии
Результат самооценки	0,64		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 6.2.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Сбор данных

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Осуществляется сбор некоторых данных, но отсутствует официальная методика.	0,03	I	
На регулярной основе осуществляется сбор некоторых данных о ключевых процессах.	0,06	II	
Сбор данных осуществляется в рамках структурированного процесса.	0,13	III	
В случае необходимости проводятся квалификационные исследования для верификации данных, особенно когда данные основаны на суждениях, мнениях и т.п.	0,26	III	
Процессы сбора данных подвергаются постоянному оцениванию, и принимаются меры по повышению их результативности и эффективности.	0,52	IV	

Таблица Е. 6.2.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Процесс самооценки

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Самооценка носит ограниченный характер.	0,06	II	
Проводятся самооценки для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	0,12	III	
Выявленные расхождения с более высокими уровнями зрелости сопоставляют с видением и стратегией, и организация применяет к ним плановые воздействия	0,26	IV	
Самооценки проводятся на всех уровнях организации	0,56	V	

Таблица Е. 6.2.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Результат самооценки

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Собранные данные в основном используются для решения проблем с продукцией	0,06	I	
Данные и результаты оценок стали использоваться для выполнения предупреждающих действий	0,12	II	
Результаты самооценки используются для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	0,26	III	
Результаты самооценок включают в процесс стратегического планирования.	0,56	IV	

Таблица Е. 6.2.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Бенчмаркинг

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Управление бенчмаркингом	0,5		авторский элемент иерархии
Процесс бенчмаркинга	0,5		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 6.2.4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение». Бенчмаркинг. Управление бенчмаркингом

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Взаимный обмен передовым опытом в рамках организации носит эпизодический характер.	0,03	I	
Высшее руководство способствует выявлению и широкому распространению передового опыта.	0,06	II	
Руководство организации поддерживает некоторые меры по внешнему бенчмаркингу (в отношении продукции, процессов и операций)	0,13	III	
Разработана методология бенчмаркинга.	0,26	IV	
Бенчмаркинг используется систематически как средство выявления возможностей для улучшения, инноваций и обучения.	0,52	V	

Таблица Е. 6.2.4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение». Бенчмаркинг. Процесс бенчмаркинга

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
В ряде случаев проводятся сравнения некоторых видов продукции с продукцией на рынке	0,06	I	
Проводятся исследования и сопоставления с некоторыми видами продукции основных конкурентов	0,12	II	
Ключевые показатели деятельности подвергаются внутреннему и внешнему бенчмаркингу с использованием структурированной методологии	0,26	IV	
В организацию часто обращаются представители внешних субъектов с предложением выступить в роли партнера по бенчмаркингу	0,56	V	

Таблица Е. 6.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Уровни анализа данных	0,06		авторский элемент иерархии
Методы анализа данных	0,12		авторский элемент иерархии
Управление анализом данных	0,26		авторский элемент иерархии

Результат анализа	0,56		авторский элемент иерархии
-------------------	------	--	----------------------------

Таблица Е. 6.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Уровни анализа данных

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
В качестве основы для анализа данных используются только экономические и финансовые цели.	0,02	I	
Жалобы потребителей анализируются в ограниченном объеме	0,04	I	
Периодически проводится анализ соответствующей внешней и внутренней информации.	0,06	II	
Оценивается уровень удовлетворения требований потребителей.	0,09	II	
Периодически анализируется влияние изменений в законодательных и нормативных требованиях на процессы и продукцию	0,13	II	
Процесс анализа используется для оценки новых ресурсов, материалов и технологий.	0,17	IV	
Анализируются и используются соответствующие экологические, социальные, технологические и сравнительные данные.	0,22	V	
Выявляются и анализируются риски и возможности, которые могут отразиться на достижении долгосрочных и краткосрочных целей.	0,28	V	

Таблица Е. 6.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Методы анализа данных

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Используются некоторые базовые статистические методы.	0,12	II	
Систематически проводимый анализ основан на широком использовании статистических методов.	0,88	III	

Таблица Е. 6.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Управление анализом данных

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Существуют лишь единичные примеры анализа данных.	0,06	I	
Результативные решения и действия основаны на анализе информации	0,12	III	
Результативность процесса анализа повышается за счет обмена результатами анализа с партнерами или другими источниками знаний.	0,26	IV	
Стратегические и политические решения основаны на информации, собираемой и анализируемой в плановом порядке	0,56	V	

Таблица Е. 6.3.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Результат анализа

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Улучшение качества продукции основано на результатах анализов.	0,33	II	
Результаты анализов используются для выявления потребностей и ожиданий соответствующих заинтересованных сторон.	0,33	III	
Идентифицируются отличительные признаки продукции, и формируется добавленная ценность у продукции, предназначенной для заинтересованных сторон на основе результатов анализа информации	0,33	IV	

Таблица Е. 6.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Процесс изучения информации	0,06		авторский элемент иерархии
Методика изучения информации	0,16		авторский элемент иерархии
Результат изучения информации	0,78		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 6.4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Процесс изучения информации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Изучение информации часто носит пассивный характер	0,06	I	
Используется ситуативный подход к изучению информации.	0,12	I	
Принимаются соответствующие меры в случае выявления негативных тенденций.	0,26	III	
Результаты изучения информации доводятся до сведения некоторых заинтересованных сторон для облегчения сотрудничества и обучения.	0,56	IV	

Таблица Е. 6.4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Методика изучения информации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Проводятся периодические изучения для оценки успехов в достижении целей в области качества и эффективности системы менеджмента качества.	0,03	II	
В ходе изучения оцениваются все действующие проекты и улучшения для оценки хода выполнения планов и достижения целей	0,06	II	
Регулярно проводятся систематические изучения ключевых показателей деятельности и соответствующих целей.	0,13	III	
Проводятся внутренние сравнения для выявления и передачи передового опыта	0,26	IV	
Осуществляется обмен с партнерами результатами изучений как исходной информацией для улучшения качества продукции и процессов, что может повлиять на уровень эффективности их деятельности и удовлетворенности.	0,52	V	

Таблица Е. 6.4.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Результат изучения информации

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Изучение информации дает представление о выделении соответствующих ресурсов	0,1	III	
Различные источники информации указывают на хорошие показатели деятельности организации во всех стратегических и оперативных направлениях.	0,26	V	
Результаты изучения указывают на результативность принятых мер	0,64	V	

Оценка ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»

Таблица Е. 7.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Управление улучшениями	0,26		авторский элемент иерархии
Результат улучшений	0,64		авторский элемент иерархии
Методика улучшений	0,1		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 7.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Управление улучшениями

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Меры по улучшению принимаются от случая к случаю на основании жалоб потребителей или претензий регулятивных органов	0,03	I	
Внедрены базовые процессы совершенствования, основанные на корректирующих и предупреждающих действиях.	0,06	II	
Направленность процессов совершенствования увязана со стратегией и целями организации.	0,13	III	
Процессы совершенствования периодически анализируются.	0,26	IV	
Улучшения касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	0,52	IV	

Таблица Е. 7.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Результат улучшений

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Улучшения могут быть продемонстрированы на большинстве видов продукции и основных процессах организации.	0,06	III	
На некоторых уровнях организации, а также в отношениях с поставщиками и партнерами действуют процессы непрерывного совершенствования	0,12	III	
Результаты, полученные от реализации процессов совершенствования, повышают эффективность деятельности организации.	0,26	IV	
Совершенствование представляет собой повседневную деятельность на всех уровнях организации и в отношениях с поставщиками и партнерами.	0,56	V	

Таблица Е. 7.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Методика улучшений

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Организация проводит обучение по проблемам непрерывного совершенствования	0,06	II	
Действуют системы нематериального поощрения коллективов и отдельных исполнителей, позволяющие получить стратегически значимые улучшения.	0,12	III	
Имеются данные, указывающие на существование тесной взаимосвязи между мерами по улучшению и достижением организацией результатов, превышающих средний уровень по отрасли.	0,26	V	
Улучшения ориентированы на повышение эффективности деятельности организации, включая ее способность обучаться и меняться	0,56	V	

Таблица Е. 7.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Инновационный процесс	0,1		авторский элемент иерархии
Результат внедрения инноваций	0,64		авторский элемент иерархии
Степень внедрения инноваций	0,26		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 7.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Инновационный процесс

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Новая продукция внедряется от случая к случаю при отсутствии планирования инноваций	0,1	I	
Инновационная деятельность основана на данных, касающихся потребностей и ожиданий потребителей	0,26	II	
Результативность и эффективность инновационных процессов регулярно оцениваются как часть процесса обучения.	0,64	IV	

Таблица Е. 7.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Результат внедрения инноваций

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Количество инноваций ограничено.	0,03	I	
Процесс внедрения новых видов продукции и процессов помогает определить наличие изменений в среде организации для планирования инноваций	0,06	III	
Устанавливаются инновационные приоритеты на основании баланса между их насущностью, наличием ресурсов и стратегией организации.	0,13	IV	
Инновации используются для совершенствования функционирования организации	0,26	IV	
Инновационная деятельность превосходит возможные изменения в деловом окружении организации.	0,52	V	

Таблица Е. 7.2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Степень внедрения инноваций

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
-----------------	-------	--------------------------------------	--------------------

Инновации внедрены только в единичных процессах (мой текст)	0,06	зрелости)	авторский показатель
В инновационных процессах участвуют поставщики и партнеры.	0,12	IV	
Инновации касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	0,26	V	
Разработаны планы предупреждающих действий для предотвращения или минимизации выявленных рисков, связанных с инновационной деятельностью.	0,56	V	

Таблица Е. 7.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение»

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004	Авторская редакция
Процесс обучения	0,1		авторский элемент иерархии
Методика обучения	0,26		авторский элемент иерархии
Результат обучения	0,64		авторский элемент иерархии

Таблица Е. 7.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Процесс обучения

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Обучение носит пассивный характер и основано на систематическом анализе проблем и других данных.	0,06	II	
Вопросы обучения рассматриваются при выработке стратегии и политики	0,12	III	
Обучение имеет важное значение для развития процессов совершенствования и инновационных процессов	0,26	IV	
Обучение связано с наличием внешних обязательств.	0,56	V	

Таблица Е. 7.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Методика обучения

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Обучение осуществляется на индивидуальной основе без обмена знаниями	0,03	I	
Действуют процессы обмена информацией и знаниями	0,06	II	
Внедрена система признания положительных результатов вносимых предложений или полученных уроков.	0,13	III	
Высшее руководство поддерживает инициативы, связанные с обучением и обменом знаниями, и подает личный пример.	0,26	IV	
Культура обучения позволяет брать на себя риски и признавать неудачи при условии, что это ведет к обучению на ошибках и к созданию возможностей для совершенствования.	0,52	V	

Таблица Е. 7.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Результат обучения

Критерии оценки	Саати	стандарт ИСО 9004 (уровень зрелости)	Авторская редакция
Организация извлекает некоторые уроки из жалоб.	0,06	I	
Имеют место плановые мероприятия, события и встречи по обмену информацией.	0,12	III	
Обучение считается одним из главных вопросов. Для обмена знаниями высшим руководством поощряется развитие связей, взаимодействие и интерактивность.	0,26	IV	
Способность организации к обучению включает компетентность отдельных работников и компетентность организации в целом.	0,56	IV	

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Карта

самооценки компетентности эксперта

Уважаемый коллега!

Как Вы оцениваете уровень Вашей осведомленности о теоретических и практических проблемах менеджмента устойчивого развития медицинской организации (подход на основе менеджмента качества)?

(Отметьте, пожалуйста, крестиком соответствующую оценку в строке против каждой из трех перечисленных характеристик)

Критерий	Высокий (ая)	Средний (ая)	Низкий (ая)
осведомленности	1	0,5	0
Уровень теоретического знания проблемы (k1)			
Практический опыт (k2)			
Способность предвидеть логику событий (k3)			

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Результаты экспертной оценки устойчивости развития организации на основе метода анализа иерархий Т.Л. Саати

Цель: Устойчивое развитие медицинской организации

Таблица 3. 1 – Ключевые элементы устойчивого развития медицинской организации

Ключевые элементы	
Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,166
Стратегия и политика	0,166
Менеджмент ресурсов	0,166
Менеджмент процессов	0,166
Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,166
Улучшения, инновации и обучение	0,166
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 2 – Критерии оценки ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

Критерии оценки	
Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25
Устойчивый успех	0,25
Среда организации	0,25
Заинтересованные стороны	0,25
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 3 – Критерии оценки ключевого элемента «Стратегия и политика»

Критерии оценки	
Выработка стратегии и политики	0,33
Развертывание стратегии и политики	0,33
Передача информации о стратегии и политике	0,33
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4 – Критерии оценки ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»

Критерии оценки	
Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,125
Финансовые ресурсы	0,125
Работники организации	0,125
Партнеры и поставщики	0,125
Инфраструктура	0,125
Производственная среда	0,125
Знания, информация и технологии	0,125
Природные ресурсы	0,125
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 5 – Критерии оценки ключевого элемента «Менеджмент процессов»

Критерии оценки	
Планирование и управление процессами	0,5
Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6 – Критерии оценки ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»

Критерии оценки	
Мониторинг	0,25
Измерение	0,25
Анализ	0,25
Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 7 – Критерии оценки ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»

Критерии оценки	
Улучшения	0,33
Инновации	0,33
Обучение	0,33
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Оценка ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

Таблица 3. 2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)»

Критерии оценки	
Функциональная система менеджмента основана на процедурах (соблюдаются минимальные лицензионные требования)	0,03
Система менеджмента качества основана на процессном подходе	0,06
Система менеджмента качества охватывает все уровни организации, основана на принципах TQM	0,13
Система менеджмента организации расширена для включения других аспектов, например, экологического менеджмента, менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда и т.п.	0,26
Система менеджмента обеспечивает полное развертывание политики организации	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех»

Критерии оценки	
Планирование деятельности организации	0,5
Динамика показателей эффективности деятельности	0,5
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 2.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Планирование деятельности организации

Критерии оценки	
Составление краткосрочных планов (на 1 год)	0,1
Составление среднесрочных планов (2-4 лет)	0,26
Составление стратегических планов (на 5 и более лет)	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 2.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Динамика показателей эффективности деятельности

Критерии оценки	
Проводится анализ показателей эффективности деятельности за 1 год	0,1
Последовательное повышение эффективности деятельности за последние 2 - 4 года	0,26
Последовательное повышение эффективности деятельности организации за последние 5 лет	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Среда организации»

Критерии оценки	
Организация реагирует только на изменения, которые ее затрагивают	0,03
Разработаны планы предотвращения повторного возникновения старых проблем	0,06
Периодически проводятся оценки рисков для изучения их потенциального воздействия на организацию	0,13
Разработаны планы действий в чрезвычайных обстоятельствах для снижения всех выявленных рисков	0,26
Оценка и планирование рисков является непрерывным процессом в рамках организации для снижения всех рисков	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 2.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Заинтересованные стороны»

Критерии оценки	
Организацией не определяются потребности и ожидания заинтересованных сторон, главной целью организации является получение ежегодной прибыли	0,06
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются, когда это практически возможно	0,12
Потребности и ожидания заинтересованных сторон служат основой для принятия решений руководством	0,26
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются последние 3 года	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»

Таблица 3. 3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики»

Критерии оценки	
Процесс планирования стратегии и политики	0,06
Стратегия и политика базируется на анализе среды организации	0,16
Результаты реализации стратегии	0,78
ИТОГО:	1,000

Состоятельность матрицы	0,88
-------------------------	------

Таблица 3. 3.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Процесс планирования стратегии и политики

Критерии оценки	
Процесс планирования стратегии и политики носит несистематический характер	0,1
Существует структурированный процесс выработки стратегии и политики	0,26
При выработке стратегии и политики учитываются потребности и ожидания заинтересованных сторон	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 3.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Стратегия и политика базируется на анализе среды организации

Критерии оценки	
Проводится анализ законодательных и нормативных требований	0,142
Проводится анализ потребностей и ожидания потребителей	0,142
Проводится анализ потребностей и ожидания заинтересованных сторон	0,142
Проводится анализ изменяющихся внешних тенденций (угроз и возможностей)	0,142
Проводится анализ ресурсного обеспечения	0,142
Проводится анализ процесса планирования	0,142
Проводится анализ мониторинга и отчетности	0,142
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,94

Таблица 3. 3.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Результаты реализации стратегии

Критерии оценки	
Имеются благоприятные результаты достижения целей организации	0,06
Стратегия привела к оптимизации потребностей заинтересованных сторон	0,12
Заинтересованные стороны содействуют успеху организации	0,26
Стратегия привела к устойчивому успеху организации	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики»

Критерии оценки	
Процесс реализации стратегии и политики	0,5
Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики	0,5
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 3.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики». Процесс реализации стратегии и политики

Критерии оценки	
Реализация краткосрочных целей и задач организации	0,03
Стратегия и политика преобразуются в задачи для различных уровней организации	0,06
Потребности и ожидания потребителей преобразуются в четко сформулированные процессы и задачи	0,13
Определены цели для каждого процесса и уровня организации	0,26
Систематически проводится актуализация стратегии на основе данных, полученных в результате мониторинга и анализа среды организации	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 3.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики». Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики

Критерии оценки	
Проводится анализ эффективности процессов по результатам выполнения отдельных задач	0,03
Проводится анализ развертывания стратегии на основании запланированных результатов	0,06
Проводится анализ системы менеджмента на соответствие с изменениями стратегии	0,13
Проводится анализ результативности процесса обмена информацией	0,26
Проводится анализ случаев преодоления новых или непредвиденных трудностей	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Передача информации о стратегии и политике»

Критерии оценки	
Передача информации носит пассивный характер	0,03
Внедрен процесс внешнего и внутреннего обмена информацией	0,06
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения соответствующих сотрудников	0,13
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения заинтересованных сторон, и информация о них передается на все уровни организации	0,26
Процессы обмена информацией отвечают требованиям заинтересованных сторон	0,52
ИТОГО:	1,000

Состоятельность матрицы	0,96
-------------------------	------

Оценка ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»

Таблица 3. 4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)»

Критерии оценки	
Планирование ресурсного обеспечения	0,5
Анализ ресурсного обеспечения	0,5
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)» Планирование ресурсного обеспечения

Критерии оценки	
Ресурсы определяются и распределяются от случая к случаю	0,06
Внедрен процесс планирования ресурсов в краткосрочный период, включая их идентификацию, предоставление и мониторинг	0,12
Планирование ресурсов охватывает долгосрочные цели	0,26
Бенчмаркинг применяется при поиске возможностей для оптимизации плана распределения ресурсов	0,56
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 4.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)» Анализ ресурсного обеспечения

Критерии оценки	
Осуществляется периодический анализ наличия и пригодности ресурсов	0,1
Оцениваются риски, связанные с потенциальным дефицитом ресурсов	0,26
Процесс управления ресурсным обеспечением демонстрирует свою результативность и эффективность	0,64
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы»

Критерии оценки	
Управление финансовой деятельностью	0,33
Планирование финансовых ресурсов	0,33
Анализ финансовой деятельности	0,33
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы» Управление финансовой деятельностью

Критерии оценки	
Финансовые ресурсы распределяются случайным образом	0,06
Реализуется процесс прогнозирования, мониторинга и контролирования финансовых ресурсов	0,12
Финансовое управление систематически структурируется	0,26
Выделение финансовых ресурсов способствует достижению целей организации	0,56
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 4.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы». Планирование финансовых ресурсов

Критерии оценки	
Финансовые ресурсы определяются случайным образом	0,03
Используется краткосрочное финансовое планирование	0,06
Выявляются финансовые риски	0,13
Прогнозируются и планируются будущие финансовые потребности	0,26
Снижаются финансовые риски	0,52
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 4.2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы» Анализ финансовой деятельности

Критерии оценки	
Осуществляются периодические анализы результативности использования финансовых ресурсов	0,12
Действует непрерывный процесс переоценки выделенных ресурсов	0,88
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации»

Критерии оценки	
Связь кадровой политики со стратегией	0,25
Подготовка кадров	0,25

Компетентность сотрудников	0,25
Обмен информацией с персоналом	0,25
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Связь кадровой политики со стратегией

Критерии оценки	
К работникам относятся как к необходимому ресурсу	0,03
Несколько целей кадровой политики связаны со стратегией организации.	0,06
Работникам поставлены задачи, которые связаны со стратегией	0,13
Персоналу определены четкие обязанности и задачи в отношении процессов, и известно, как они увязаны в рамках организации.	0,26
Внешняя система связей способствует вовлечению всех работников организации. Работники на всех уровнях участвуют в разработке новых процессов	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 4.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Подготовка кадров

Критерии оценки	
Подготовка кадров проводится несистематически, а в основном по просьбе отдельных работников.	0,06
Повышение квалификации является частью общего плана, который связан со стратегией организации.	0,12
Разработана система повышения квалификации, основанная на наставничестве и инструктировании	0,26
Организована подготовка кадров для повышения квалификации, развития творческого подхода и оптимизации деятельности.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 4.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Компетентность сотрудников

Критерии оценки	
Проверка компетентности сотрудников осуществляется от случая к случаю	0,03
Действует программа проверки компетентности сотрудников	0,06
Работники организации знают уровень своей компетентности и то, в каких областях они могут максимально способствовать повышению эффективности деятельности организации.	0,13
Хорошо развит процесс планирования карьеры	0,26
Персонал широко использует передовой опыт	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 4.3.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Обмен информацией с персоналом

Критерии оценки	
Обмен информацией с персоналом осуществляется от случая к случаю	0,1
Осуществляется сбор рационализаторских предложений	0,26
Широко используется внутренняя система связей, обеспечивающая получение коллективных знаний.	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики»

Критерии оценки	
Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации	0,5
Обмен информацией с партнерами и поставщиками	0,5
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики» Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации

Критерии оценки	
Поставщики и партнеры идентифицированы согласно стратегическим потребностям или рискам.	0,1
Для развития возможностей поставщиков и партнеров существуют процессы регулирования взаимоотношений	0,26
Имеются данные, свидетельствующие о непосредственном участии партнеров и внесении ими своего вклада в успех организации	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4.4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики» Обмен информацией с партнерами и поставщиками

Критерии оценки	
Связи с поставщиками ограничены выставлением заявок на подряд, размещением заказов или разрешением проблем	0,1
Налажены процессы обмена информацией с поставщиками, выбора, оценки, повторной оценки и классификации поставщиков	0,26
С партнерами осуществляется открытый обмен информацией в отношении потребностей и стратегии	0,64

<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4.5 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура»

Критерии оценки	
Планирование потребности в инфраструктуре	0,12
Инфраструктура способствует достижению стратегических целей	0,88
<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.5.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура» Планирование потребности в инфраструктуре

Критерии оценки	
Создана базовая инфраструктура	0,1
Осуществляется планирование и управление инфраструктурой организации.	0,26
Для снижения потенциальных угроз и выявления возможностей используется планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах	0,64
<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 4.5.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура» Инфраструктура способствует достижению стратегических целей

Критерии оценки	
Принимаются во внимание законодательные и нормативные требования	0,06
Проводится периодический анализ инфраструктуры и соответствующих процессов с прицелом на будущее	0,12
Выявляются риски, присущие инфраструктуре, и осуществляются предупреждающие действия	0,26
Эффективность деятельности и база распределения затрат выгодно отличаются от других организаций.	0,56
<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 4.6 – Критерии оценки детализированного элемента «Производственная среда»

Критерии оценки	
Созданы основные условия для развития производственной среды	0,03
Разработан процесс, обеспечивающий выполнение производственной средой всех применимых законодательных и нормативных требований	0,06
Осуществляется периодический анализ эффективности и результативности производственной среды	0,13
Данные показывают, что производственная среда стимулирует производительность труда, творческий подход и хорошие условия работы персонала	0,26
Процессы, реализуемые для совершенствования производственной среды, способствуют повышению конкурентоспособности и сопоставимы с аналогичными процессами других организаций	0,52
<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 4.7 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии»

Критерии оценки	
Менеджмент	0,5
Обмен информацией	0,5
<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.7.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии» Менеджмент

Критерии оценки	
Разработаны основные подходы и системы менеджмента знаний, информации и технологий	0,06
Внедрен процесс идентификации, получения, защиты, использования и оценки информации, знаний и технологий.	0,12
Важнейшие технологии управляются на основе патентного права и поиска вторичных ресурсов в случае необходимости	0,26
Результаты менеджмента информации, знаний и технологий вполне сопоставимы с другими организациями	0,56
<i>ИТОГО:</i>	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 4.7.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии» Обмен информацией

Критерии оценки	
Обмен информацией осуществляется от случая к случаю	0,06
Внедрена базовая система обмена и коллективного использования информации	0,12
Происходит обмен информацией, знаниями и технологиями в рамках организации, и периодически проводится анализ их использования.	0,26
Осуществляется обмен информацией, знаниями и технологиями с партнерами и другими заинтересованными сторонами	0,56
<i>ИТОГО:</i>	1,000

Состоятельность матрицы	0,89
-------------------------	------

Таблица 3. 4.8 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы»

Критерии оценки	
Менеджмент	0,5
Оптимизация использования природных ресурсов	0,5
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 4.8.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы» Менеджмент

Критерии оценки	
Имеет место весьма ограниченный менеджмент использования природных ресурсов	0,06
Существует процесс определения и управления использованием природных ресурсов, требуемых организации	0,12
Должным образом структурированы процессы определения эффективности использования природных ресурсов.	0,26
Организацией разработаны процессы учета потребности в защите окружающей среды на всем протяжении жизненного цикла продукции	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 4.8.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы» Оптимизация использования природных ресурсов

Критерии оценки	
Оцениваются риски, связанные с дефицитом природных ресурсов, и принимаются меры по обеспечению преемственности поставщиков в будущем	0,06
Существуют процессы оптимизации использования природных ресурсов и изучения возможности использования альтернативных ресурсов.	0,12
Организация способна продемонстрировать, что ее подход к использованию природных ресурсов отвечает настоящим потребностям без ущерба для будущих поколений или общества.	0,26
Осуществляется взаимодействие с внешними организациями и другими заинтересованными сторонами и бенчмаркинг относительно использования природных ресурсов.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Оценка ключевого элемента «Менеджмент процессов»

Таблица 3. 5.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»

Критерии оценки	
Процесс менеджмента	0,25
Планирование процессов	0,25
Результативность процессов	0,25
Эффективность процессов	0,25
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 5.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Процесс менеджмента

Критерии оценки	
Менеджмент процессов носит неофициальный и случайный характер	0,06
Определены ключевые процессы, в частности те, которые связаны с удовлетворенностью потребителей и жизненным циклом продукции, и осуществляется их менеджмент.	0,12
Могут быть наглядно показаны улучшения в маневренности, гибкости и инновационном подходе к процессам.	0,26
Существует действенный подход к выявлению и разрешению конфликтов на стыках процессов	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 5.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Планирование процессов

Критерии оценки	
Планирование носит неофициальный и случайный характер	0,06
Планирование процессов увязано с развертыванием стратегии.	0,12
Потребности и ожидания идентифицированных заинтересованных сторон используются как исходные данные для планирования процессов.	0,26
При планировании процессов принимаются во внимание все соответствующие заинтересованные стороны.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 5.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Результативность процессов

Критерии оценки	
Систематически измеряется результативность процессов, и принимаются необходимые меры	0,06
Процессы дают предсказуемые результаты.	0,12
Анализируется результативность процессов организации	0,26

Выходы ключевых процессов превышают средний показатель для данного сектора	0,56
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 5.1.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами»
Эффективность процессов

Критерии оценки	
Могут быть наглядно показаны меры по повышению эффективности процессов.	0,1
Анализируется эффективность процессов организации	0,26
Эффективность процессов сопоставляется с ведущими организациями, и результаты сопоставления используются при планировании процессов.	0,64
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 5.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Ответственность и полномочия, связанные с процессами»

Критерии оценки	
Обязанности в отношении процессов определяются от случая к случаю	0,03
Четко распределены обязанности и полномочия, связанные с менеджментом процессов (например, между «владельцами процессов»)	0,06
Выработана политика предотвращения и разрешения возможных споров при менеджменте процессов	0,13
Постоянно повышается квалификация владельцев процессов	0,26
Имеет место обмен знаниями между владельцами процессов и заинтересованными сторонами	0,52
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,96

Оценка ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»

Таблица 3. 6.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг»

Критерии оценки	
Управление мониторингом	0,33
Уровень мониторинга	0,33
Источники информации для мониторинга	0,33
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 6.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Управление мониторингом

Критерии оценки	
Мониторинг проводится от случая к случаю, соответствующие процессы отсутствуют.	0,01
Периодически осуществляется процесс мониторинга.	0,02
Мониторинг потребности и ожиданий потребителей ведётся систематически.	0,04
Процесс мониторинга регулярно оценивается для повышения его результативности.	0,08
Процесс мониторинга имеет систематизированный и плановый характер и включает перекрестные проверки с внешними источниками данных.	0,11
Оценка требований к ресурсам в динамике по времени носит систематизированный и планомерный характер.	0,15
Процесс мониторинга позволяет получить достоверные данные и оценить тенденции.	0,23
Мониторинг акцентирует внимание на тенденциях в направлениях деятельности организации, технологии и положение с рабочей силой и направлен на оптимизацию использования и развития ресурсов.	0,36
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,93

Таблица 3. 6.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Уровень мониторинга

Критерии оценки	
При мониторинге акцент делается на продукцию. Меры принимаются при возникновении проблем с продукцией или проблем менеджмента (т.е. в кризисных ситуациях).	0,03
Мониторинг ориентирован на потребителей.	0,06
Проводится мониторинг текущих возможностей процесса	0,13
Проводится мониторинг ресурсов	0,26
Мониторинг ориентирован на поставщиков и частично на работников организации и другие заинтересованные стороны.	0,52
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 6.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга

Критерии оценки	
Законодательные и нормативные требования	0,25
Сотрудники организации	0,25
Потребители	0,25
Поставщики и партнеры	0,25
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.1.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: законодательные и нормативные требования

Критерии оценки	
Несмотря на сбор информации о применимых законодательных и нормативных требованиях, анализ изменений в требованиях проводится только от случая к случаю	0,06
За счет специальных механизмов систематически отслеживаются изменения в законодательных и нормативных требованиях	0,12
Процедуры отслеживания законодательных и нормативных требований являются результативными и эффективными	0,26
Происходящие или предполагаемые изменения в экономической политике, спросе на продукцию, технологиях, защите окружающей среды или в социальных и культурных аспектах, которые могут повлиять на эффективность деятельности организации, контролируются в плановом порядке	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.1.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: сотрудники организации

Критерии оценки	
Информация от работников организации собирается только заочно.	0,12
Сбор информации от работников организации осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	0,88
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.1.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: потребители

Критерии оценки	
Информация от потребителей собирается только заочно.	0,12
Сбор информации от потребителей осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	0,88
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.1.3.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: поставщики и партнеры

Критерии оценки	
Информация от поставщиков и партнеров собирается только заочно.	0,06
В плановом порядке осуществляется сбор информации от основных поставщиков и партнеров.	0,16
Сбор информации от поставщиков и партнеров осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	0,78
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,88

Таблица 3. 6.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение»

Критерии оценки	
Ключевые показатели деятельности	0,25
Внутренние аудиты	0,25
Самооценка	0,25
Бенчмаркинг	0,25
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности

Критерии оценки	
Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности	0,25
Качество ключевых показателей деятельности	0,25
Источники информации для ключевых показателей деятельности	0,25
Результаты внедрения ключевых показателей деятельности	0,25
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.2.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности

Критерии оценки	
Имеется весьма ограниченное количество данных, полученных в результате измерений и оценок, для обоснования управленческих решений или отслеживания принимаемых мер.	0,03
Существует формальный набор определений для ключевых показателей, связанных со стратегией и основными процессами организации.	0,06
Цели на уровне процессов связаны с ключевыми показателями деятельности.	0,13
Осуществляется мониторинг развертывания стратегии и структурирования задач.	0,26
Выполняется анализ рисков как средство оптимизации процесса назначения приоритетов	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 6.2.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Качество ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Данные не всегда носят достоверный характер	0,1
Основные условия достижения успеха идентифицированы и прослеживаются путем использования соответствующих, реальных показателей.	0,26
Показатели деятельности установлены и широко используются для принятия стратегических решений в отношении тенденций и долгосрочного планирования.	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 6.2.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Источники информации для ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Используются базовые показатели (такие как финансовая отчетность, своевременность поставок, количество жалоб от потребителей, судебные предупреждения и штрафы).	0,1
Показатели главным образом основаны на использовании внутренних данных.	0,26
Имеются данные, свидетельствующие о том, насколько деятельность организации сопоставима с деятельностью других организаций.	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 6.2.1.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Результаты внедрения ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Управленческие решения опираются на результаты анализов системы менеджмента качества и дополнительных ключевых показателей деятельности	0,06
Имеются данные, демонстрирующие динамику развития ключевых показателей деятельности во времени.	0,12
Систематический анализ данных позволяет прогнозировать будущую деятельность	0,26
Показатели способствуют принятию обоснованных стратегических решений.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Внутренние аудиты

Критерии оценки	
Аудиты проводятся пассивно, в ответ на проблемы, жалобы потребителей и т.п.	0,06
Результаты аудитов систематически используются для анализа системы менеджмента.	0,12
Аудиты обеспечивают точность данных и результативность системы менеджмента.	0,26
Аудиты, в которых участвуют другие заинтересованные стороны, предоставляют им возможность способствовать выявлению дополнительных улучшений.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка

Критерии оценки	
Сбор данных	0,1
Процесс самооценки	0,26
Результат самооценки	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 6.2.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Сбор данных

Критерии оценки	
Осуществляется сбор некоторых данных, но отсутствует официальная методика.	0,03
На регулярной основе осуществляется сбор некоторых данных о ключевых процессах.	0,06
Сбор данных осуществляется в рамках структурированного процесса.	0,13
В случае необходимости проводятся квалификационные исследования для верификации данных, особенно когда данные основаны на суждениях, мнениях и т.п.	0,26
Процессы сбора данных подвергаются постоянному оцениванию, и принимаются меры по повышению их результативности и эффективности.	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 6.2.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Процесс самооценки

Критерии оценки	
Самооценка носит ограниченный характер.	0,06
Проводятся самооценки для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	0,12
Выявленные расхождения с более высокими уровнями зрелости сопоставляют с видением и стратегией, и организация применяет к ним плановые воздействия	0,26
Самооценки проводятся на всех уровнях организации	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.2.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Результат самооценки

Критерии оценки	
Собранные данные в основном используются для решения проблем с продукцией	0,06
Данные и результаты оценок стали использоваться для выполнения предупреждающих действий	0,12
Результаты самооценки используются для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	0,26
Результаты самооценок включают в процесс стратегического планирования.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.2.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Бенчмаркинг

Критерии оценки	
Управление бенчмаркингом	0,5
Процесс бенчмаркинга	0,5
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.2.4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение». Бенчмаркинг. Управление бенчмаркингом

Критерии оценки	
Взаимный обмен передовым опытом в рамках организации носит эпизодический характер.	0,03
Высшее руководство способствует выявлению и широкому распространению передового опыта.	0,06
Руководство организации поддерживает некоторые меры по внешнему бенчмаркингу (в отношении продукции, процессов и операций)	0,13
Разработана методология бенчмаркинга.	0,26
Бенчмаркинг используется систематически как средство выявления возможностей для улучшения, инноваций и обучения.	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 6.2.4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение». Бенчмаркинг. Процесс бенчмаркинга

Критерии оценки	
В ряде случаев проводятся сравнения некоторых видов продукции с продукцией на рынке	0,06
Проводятся исследования и сопоставления с некоторыми видами продукции основных конкурентов	0,12
Ключевые показатели деятельности подвергаются внутреннему и внешнему бенчмаркингу с использованием структурированной методологии	0,26
В организацию часто обращаются представители внешних субъектов с предложением выступить в роли партнера по бенчмаркингу	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ»

Критерии оценки	
Уровни анализа данных	0,06
Методы анализа данных	0,12
Управление анализом данных	0,26
Результат анализа	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Уровни анализа данных

Критерии оценки	
В качестве основы для анализа данных используются только экономические и финансовые цели.	0,01
Жалобы потребителей анализируются в ограниченном объеме	0,02
Периодически проводится анализ соответствующей внешней и внутренней информации.	0,04
Оценивается уровень удовлетворения требований потребителей.	0,08
Периодически анализируется влияние изменений в законодательных и нормативных требованиях на процессы и продукцию	0,11
Процесс анализа используется для оценки новых ресурсов, материалов и технологий.	0,15
Анализируются и используются соответствующие экологические, социальные, технологические и сравнительные данные.	0,23
Выявляются и анализируются риски и возможности, которые могут отразиться на достижении долгосрочных и краткосрочных целей.	0,36
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,93

Таблица 3. 6.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Методы анализа данных

Критерии оценки	
Используются некоторые базовые статистические методы.	0,12
Систематически проводимый анализ основан на широком использовании статистических методов.	0,88
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	1,0

Таблица 3. 6.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Управление анализом данных

Критерии оценки	
Существуют лишь единичные примеры анализа данных.	0,06
Результативные решения и действия основаны на анализе информации	0,12
Результативность процесса анализа повышается за счет обмена результатами анализа с партнерами или другими источниками знаний.	0,26
Стратегические и политические решения основаны на информации, собираемой и анализируемой в плановом порядке	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.3.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Результат анализа

Критерии оценки	
Улучшение качества продукции основано на результатах анализов	0,33
Результаты анализов используются для выявления потребностей и ожиданий соответствующих заинтересованных сторон.	0,33
Идентифицируются отличительные признаки продукции, и формируется добавленная ценность у продукции, предназначенной для заинтересованных сторон на основе результатов анализа информации	0,33
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 6.4 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа»

Критерии оценки	
Процесс изучения информации	0,06
Методика изучения информации	0,16
Результат изучения информации	0,78
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,88

Таблица 3. 6.4.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Процесс изучения информации

Критерии оценки	
Изучение информации часто носит пассивный характер	0,06
Используется ситуативный подход к изучению информации.	0,12
Принимаются соответствующие меры в случае выявления негативных тенденций.	0,26
Результаты изучения информации доводятся до сведения некоторых заинтересованных сторон для облегчения сотрудничества и обучения.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 6.4.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Методика изучения информации

Критерии оценки	
Проводятся периодические изучения для оценки успехов в достижении целей в области качества и эффективности системы менеджмента качества.	0,03
В ходе изучения оцениваются все действующие проекты и улучшения для оценки хода выполнения планов и достижения целей	0,06
Регулярно проводятся систематические изучения ключевых показателей деятельности и соответствующих целей.	0,13
Проводятся внутренние сравнения для выявления и передачи передового опыта	0,26
Осуществляется обмен с партнерами результатами изучений как исходной информацией для улучшения качества продукции и процессов, что может повлиять на уровень эффективности их деятельности и удовлетворенности.	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 6.4.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Результат изучения информации

Критерии оценки	
Изучение информации дает представление о выделении соответствующих ресурсов	0,1
Различные источники информации указывают на хорошие показатели деятельности организации во всех стратегических и оперативных направлениях.	0,26
Результаты изучения указывают на результативность принятых мер	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Оценка ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»

Таблица 3. 7.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения»

Критерии оценки	
Управление улучшениями	0,26
Результат улучшений	0,64
Методика улучшений	0,1
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 7.1.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Управление улучшениями

Критерии оценки	
Меры по улучшению принимаются от случая к случаю на основании жалоб потребителей или претензий регулятивных органов	0,03
Внедрены базовые процессы совершенствования, основанные на корректирующих и предупреждающих действиях.	0,06
Направленность процессов совершенствования увязана со стратегией и целями организации.	0,13
Процессы совершенствования периодически анализируются.	0,26
Улучшения касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 7.1.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Результат улучшений

Критерии оценки	
Улучшения могут быть продемонстрированы на большинстве видов продукции и основных процессах организации.	0,06
На некоторых уровнях организации, а также в отношениях с поставщиками и партнерами действуют процессы непрерывного совершенствования	0,12
Результаты, полученные от реализации процессов совершенствования, повышают эффективность деятельности организации.	0,26
Совершенствование представляет собой повседневную деятельность на всех уровнях организации и в отношениях с поставщиками и партнерами.	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 7.1.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Методика улучшений

Критерии оценки	
Организация проводит обучение по проблемам непрерывного совершенствования	0,06
Действуют системы нематериального поощрения коллективов и отдельных исполнителей, позволяющие получить стратегически значимые улучшения.	0,12
Имеются данные, указывающие на существование тесной взаимосвязи между мерами по улучшению и достижением организацией результатов, превышающих средний уровень по отрасли.	0,26
Улучшения ориентированы на повышение эффективности деятельности организации, включая ее способность обучаться и меняться	0,56
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,89

Таблица 3. 7.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации»

Критерии оценки	
Инновационный процесс	0,1
Результат внедрения инноваций	0,64
Степень внедрения инноваций	0,26
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 7.2.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Инновационный процесс

Критерии оценки	
Новая продукция внедряется от случая к случаю при отсутствии планирования инноваций	0,1
Инновационная деятельность основана на данных, касающихся потребностей и ожиданий потребителей	0,26
Результативность и эффективность инновационных процессов регулярно оцениваются как часть процесса обучения.	0,64
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,99

Таблица 3. 7.2.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Результат внедрения инноваций

Критерии оценки	
Количество инноваций ограничено.	0,03
Процесс внедрения новых видов продукции и процессов помогает определить наличие изменений в среде организации для планирования инноваций	0,06
Устанавливаются инновационные приоритеты на основании баланса между их насущностью, наличием ресурсов и стратегией организации.	0,13
Инновации используются для совершенствования функционирования организации	0,26
Инновационная деятельность превосходит возможные изменения в деловом окружении организации.	0,52
ИТОГО:	1,000
Состоятельность матрицы	0,96

Таблица 3. 7.2.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Степень внедрения инноваций

Критерии оценки	
Инновации внедрены только в единичных процессах (мой текст)	0,06
В инновационных процессах участвуют поставщики и партнеры.	0,12
Инновации касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	0,26
Разработаны планы предупреждающих действий для предотвращения или минимизации выявленных рисков, связанных с инновационной деятельностью.	0,56
ИТОГО:	1,000

Состоятельность матрицы	0,89
Таблица 3. 7.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение»	
Критерии оценки	
Процесс обучения	0,1
Методика обучения	0,26
Результат обучения	0,64
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,99
Таблица 3. 7.3.1 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Процесс обучения	
Критерии оценки	
Обучение носит пассивный характер и основано на систематическом анализе проблем и других данных.	0,06
Вопросы обучения рассматриваются при выработке стратегии и политики	0,12
Обучение имеет важное значение для развития процессов совершенствования и инновационных процессов	0,26
Обучение связано с наличием внешних обязательств.	0,56
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,89
Таблица 3. 7.3.2 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Методика обучения	
Критерии оценки	
Обучение осуществляется на индивидуальной основе без обмена знаниями	0,03
Действуют процессы обмена информацией и знаниями	0,06
Внедрена система признания положительных результатов вносимых предложений или полученных уроков.	0,13
Высшее руководство поддерживает инициативы, связанные с обучением и обменом знаниями, и подает личный пример.	0,26
Культура обучения позволяет брать на себя риски и признавать неудачи при условии, что это ведет к обучению на ошибках и к созданию возможностей для совершенствования.	0,52
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,96
Таблица 3. 7.3.3 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Результат обучения	
Критерии оценки	
Организация извлекает некоторые уроки из жалоб.	0,06
Имеют место плановые мероприятия, события и встречи по обмену информацией.	0,12
Обучение считается одним из главных вопросов. Для обмена знаниями высшим руководством поощряется развитие связей, взаимодействие и интерактивность.	0,26
Способность организации к обучению включает компетентность отдельных работников и компетентность организации в целом.	0,56
<i>ИТОГО:</i>	<i>1,000</i>
Состоятельность матрицы	0,89

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Анкета самооценки потенциала устойчивого развития медицинской организации

1. Название медицинской организации _____
2. Вид медицинской организации _____
3. Форма собственности _____
4. Виды, оказываемой медицинской помощи _____
5. Объем государственного задания (на ____ г) _____
6. Объем обслуживаемого/прикрепленного населения (в год) _____
7. Количество видов медицинской помощи _____

В каждой таблице выберите, пожалуйста, один или несколько признаков наиболее соответствующих работе организации.

«Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

Таблица И. 1 – Критерии оценки детализированного элемента «Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)»

Критерии оценки	
Функциональная система менеджмента основана на процедурах (соблюдаются минимальные лицензионные требования)	да/нет
Система менеджмента качества основана на процессном подходе	да/нет
Система менеджмента качества охватывает все уровни организации, основана на принципах TQM	да/нет
Система менеджмента организации расширена для включения других аспектов, например, экологического менеджмента, менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда и т.п.	да/нет
Система менеджмента обеспечивает полное развертывание политики организации	да/нет

Таблица И. 2 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Планирование деятельности организации

Критерии оценки	
Составление краткосрочных планов (на 1 год)	да/нет
Составление среднесрочных планов (2-4 лет)	да/нет
Составление стратегических планов (на 5 и более лет)	да/нет

Таблица И. 3 – Критерии оценки детализированного элемента «Устойчивый успех». Динамика показателей эффективности деятельности

Критерии оценки	
Проводится анализ показателей эффективности деятельности за 1 год	да/нет
Последовательное повышение эффективности деятельности за последние 2 - 4 года	да/нет
Последовательное повышение эффективности деятельности организации за последние 5 лет	да/нет

Таблица И. 4 – Критерии оценки детализированного элемента «Среда организации»

Критерии оценки	
Организация реагирует только на изменения, которые ее затрагивают	да/нет
Разработаны планы предотвращения повторного возникновения старых проблем	да/нет
Периодически проводятся оценки рисков для изучения их потенциального воздействия на организацию	да/нет
Разработаны планы действий в чрезвычайных обстоятельствах для снижения всех выявленных рисков	да/нет
Оценка и планирование рисков является непрерывным процессом в рамках организации для снижения всех рисков	да/нет

Таблица И. 5 – Критерии оценки детализированного элемента «Заинтересованные стороны»

Критерии оценки	
Организацией не определяются потребности и ожидания заинтересованных сторон, главной целью организации является получение ежегодной прибыли	да/нет
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются, когда это практически возможно	да/нет
Потребности и ожидания заинтересованных сторон служат основой для принятия решений руководством	да/нет
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются последние 3 года	да/нет

Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»

Таблица И. 6 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Процесс планирования стратегии и политики

Критерии оценки	
Процесс планирования стратегии и политики носит несистематический характер	да/нет
Существует структурированный процесс выработки стратегии и политики	да/нет
При выработке стратегии и политики учитываются потребности и ожидания заинтересованных сторон	да/нет

Таблица И. 7 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Стратегия и политика базируется на анализе среды организации

Критерии оценки	
Проводится анализ законодательных и нормативных требований	да/нет
Проводится анализ потребностей и ожидания потребителей	да/нет
Проводится анализ потребностей и ожидания заинтересованных сторон	да/нет
Проводится анализ изменяющихся внешних тенденций (угроз и возможностей)	да/нет
Проводится анализ ресурсного обеспечения	да/нет
Проводится анализ процесса планирования	да/нет
Проводится анализ мониторинга и отчетности	да/нет

Таблица И. 8 – Критерии оценки детализированного элемента «Выработка стратегии и политики». Результаты реализации стратегии

Критерии оценки	
Имеются благоприятные результаты достижения целей организации	да/нет
Стратегия привела к оптимизации потребностей заинтересованных сторон	да/нет
Заинтересованные стороны содействуют успеху организации	да/нет
Стратегия привела к устойчивому успеху организации	да/нет

Таблица И. 9 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики». Процесс реализации стратегии и политики

Критерии оценки	
Реализация краткосрочных целей и задач организации	да/нет
Стратегия и политика преобразуются в задачи для различных уровней организации	да/нет
Потребности и ожидания потребителей преобразуются в четко сформулированные процессы и задачи	да/нет
Определены цели для каждого процесса и уровня организации	да/нет
Систематически проводится актуализация стратегии на основе данных, полученных в результате мониторинга и анализа среды организации	да/нет

Таблица И. 10 – Критерии оценки детализированного элемента «Развертывание стратегии и политики». Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики

Критерии оценки	
Проводится анализ эффективности процессов по результатам выполнения отдельных задач	да/нет
Проводится анализ развертывания стратегии на основании запланированных результатов	да/нет
Проводится анализ системы менеджмента на соответствие с изменениями стратегии	да/нет
Проводится анализ результативности процесса обмена информацией	да/нет
Проводится анализ случаев преодоления новых или непредвиденных трудностей	да/нет

Таблица И. 11 – Критерии оценки детализированного элемента «Передача информации о стратегии и политике»

Критерии оценки	
Передача информации носит пассивный характер	да/нет
Внедрен процесс внешнего и внутреннего обмена информацией	да/нет
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения соответствующих сотрудников	да/нет
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения заинтересованных сторон, и информация о них передается на все уровни организации	да/нет
Процессы обмена информацией отвечают требованиям заинтересованных сторон	да/нет

Оценка ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»

Таблица И. 12 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)» Планирование ресурсного обеспечения

Критерии оценки	
Ресурсы определяются и распределяются от случая к случаю	да/нет
Внедрен процесс планирования ресурсов в краткосрочный период, включая их идентификацию, предоставление и мониторинг	да/нет
Планирование ресурсов охватывает долгосрочные цели	да/нет
Бенчмаркинг применяется при поиске возможностей для оптимизации плана распределения ресурсов	да/нет

Таблица И. 13 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)» Анализ ресурсного обеспечения

Критерии оценки	
Осуществляется периодический анализ наличия и пригодности ресурсов	да/нет
Оцениваются риски, связанные с потенциальным дефицитом ресурсов	да/нет
Процесс управления ресурсным обеспечением демонстрирует свою результативность и эффективность	да/нет

Таблица И. 14 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы» Управление финансовой деятельностью

Критерии оценки	
Финансовые ресурсы распределяются случайным образом	да/нет
Реализуется процесс прогнозирования, мониторинга и контролирования финансовых ресурсов	да/нет
Финансовое управление систематически структурируется	да/нет
Выделение финансовых ресурсов способствует достижению целей организации	да/нет

Таблица И. 15 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы». Планирование финансовых ресурсов

Критерии оценки	
Финансовые ресурсы определяются случайным образом	да/нет
Используется краткосрочное финансовое планирование	да/нет
Выявляются финансовые риски	да/нет
Прогнозируются и планируются будущие финансовые потребности	да/нет
Снижаются финансовые риски	да/нет

Таблица И. 16 – Критерии оценки детализированного элемента «Финансовые ресурсы» Анализ финансовой деятельности

Критерии оценки	
Осуществляются периодические анализы результативности использования финансовых ресурсов	да/нет
Действует непрерывный процесс переоценки выделенных ресурсов	да/нет

Таблица И. 17 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Связь кадровой политики со стратегией

Критерии оценки	
К работникам относятся как к необходимому ресурсу	да/нет
Несколько целей кадровой политики связаны со стратегией организации.	да/нет

Работникам поставлены задачи, которые связаны со стратегией	да/нет
Персоналу определены четкие обязанности и задачи в отношении процессов, и известно, как они увязаны в рамках организации.	да/нет
Внешняя система связей способствует вовлечению всех работников организации. Работники на всех уровнях участвуют в разработке новых процессов	да/нет

Таблица И. 18 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Подготовка кадров

Критерии оценки	
Подготовка кадров проводится несистематически, а в основном по просьбе отдельных работников.	да/нет
Повышение квалификации является частью общего плана, который связан со стратегией организации.	да/нет
Разработана система повышения квалификации, основанная на наставничестве и инструктировании	да/нет
Организована подготовка кадров для повышения квалификации, развития творческого подхода и оптимизации деятельности.	да/нет

Таблица И. 19 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Компетентность сотрудников

Критерии оценки	
Проверка компетентности сотрудников осуществляется от случая к случаю	да/нет
Действует программа проверки компетентности сотрудников	да/нет
Работники организации знают уровень своей компетентности и то, в каких областях они могут максимально способствовать повышению эффективности деятельности организации.	да/нет
Хорошо развит процесс планирования карьеры	да/нет
Персонал широко использует передовой опыт	да/нет

Таблица И. 20 – Критерии оценки детализированного элемента «Работники организации» Обмен информацией с персоналом

Критерии оценки	
Обмен информацией с персоналом осуществляется от случая к случаю	да/нет
Осуществляется сбор рационализаторских предложений	да/нет
Широко используется внутренняя система связей, обеспечивающая получение коллективных знаний.	да/нет

Таблица И. 21 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики» Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации

Критерии оценки	
Поставщики и партнеры идентифицированы согласно стратегическим потребностям или рискам.	да/нет
Для развития возможностей поставщиков и партнеров существуют процессы регулирования взаимоотношений	да/нет
Имеются данные, свидетельствующие о непосредственном участии партнеров и внесении ими своего вклада в успех организации	да/нет

Таблица И. 22 – Критерии оценки детализированного элемента «Партнеры и поставщики» Обмен информацией с партнерами и поставщиками

Критерии оценки	
Связи с поставщиками ограничены выставлением заявок на подряд, размещением заказов или разрешением проблем	да/нет
Налажены процессы обмена информацией с поставщиками, выбора, оценки, повторной оценки и классификации поставщиков	да/нет
С партнерами осуществляется открытый обмен информацией в отношении потребностей и стратегии	да/нет

Таблица И. 23 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура» Планирование потребности в инфраструктуре

Критерии оценки	
Создана базовая инфраструктура	да/нет
Осуществляется планирование и управление инфраструктурой организации.	да/нет
Для снижения потенциальных угроз и выявления возможностей используется планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах	да/нет

Таблица И. 24 – Критерии оценки детализированного элемента «Инфраструктура» Инфраструктура способствует достижению стратегических целей

Критерии оценки	
Принимаются во внимание законодательные и нормативные требования	да/нет
Проводится периодический анализ инфраструктуры и соответствующих процессов с прицелом на будущее	да/нет
Выявляются риски, присущие инфраструктуре, и осуществляются предупреждающие действия	да/нет
Эффективность деятельности и база распределения затрат выгодно отличаются от других организаций.	да/нет

Таблица И. 25 – Критерии оценки детализированного элемента «Производственная среда»

Критерии оценки	
Созданы основные условия для развития производственной среды	да/нет
Разработан процесс, обеспечивающий выполнение производственной средой всех применимых законодательных и нормативных требований	да/нет
Осуществляется периодический анализ эффективности и результативности производственной среды	да/нет
Данные показывают, что производственная среда стимулирует производительность труда, творческий подход и хорошие условия работы персонала	да/нет
Процессы, реализуемые для совершенствования производственной среды, способствуют повышению конкурентоспособности и сопоставимы с аналогичными процессами других организаций	да/нет

Таблица И. 26 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии» Менеджмент

Критерии оценки	
Разработаны основные подходы и системы менеджмента знаний, информации и технологий	да/нет
Внедрен процесс идентификации, получения, защиты, использования и оценки информации, знаний и технологий.	да/нет
Важнейшие технологии управляются на основе патентного права и поиска вторичных ресурсов в случае необходимости	да/нет

Результаты менеджмента информации, знаний и технологий вполне сопоставимы с другими организациями	да/нет
---	--------

Таблица И. 27 – Критерии оценки детализированного элемента «Знания, информация и технологии» Обмен информацией

Критерии оценки	
Обмен информацией осуществляется от случая к случаю	да/нет
Внедрена базовая система обмена и коллективного использования информации	да/нет
Происходит обмен информацией, знаниями и технологиями в рамках организации, и периодически проводится анализ их использования.	да/нет
Осуществляется обмен информацией, знаниями и технологиями с партнерами и другими заинтересованными сторонами	да/нет

Таблица И. 28 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы» Менеджмент

Критерии оценки	
Имеет место весьма ограниченный менеджмент использования природных ресурсов	да/нет
Существует процесс определения и управления использованием природных ресурсов, требуемых организации	да/нет
Должным образом структурированы процессы определения эффективности использования природных ресурсов.	да/нет
Организацией разработаны процессы учета потребности в защите окружающей среды на всем протяжении жизненного цикла продукции	да/нет

Таблица И. 29 – Критерии оценки детализированного элемента «Природные ресурсы» Оптимизация использования природных ресурсов

Критерии оценки	
Оцениваются риски, связанные с дефицитом природных ресурсов, и принимаются меры по обеспечению преемственности поставщиков в будущем	да/нет
Существуют процессы оптимизации использования природных ресурсов и изучения возможности использования альтернативных ресурсов.	да/нет
Организация способна продемонстрировать, что ее подход к использованию природных ресурсов отвечает настоящим потребностям без ущерба для будущих поколений или общества.	да/нет
Осуществляется взаимодействие с внешними организациями и другими заинтересованными сторонами и бенчмаркинг относительно использования природных ресурсов.	да/нет

Оценка ключевого элемента «Менеджмент процессов»

Таблица И. 30 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Процесс менеджмента

Критерии оценки	
Менеджмент процессов носит неофициальный и случайный характер	да/нет
Определены ключевые процессы, в частности те, которые связаны с удовлетворенностью потребителей и жизненным циклом продукции, и осуществляется их менеджмент.	да/нет
Могут быть наглядно показаны улучшения в маневренности, гибкости и инновационном подходе к процессам.	да/нет
Существует действенный подход к выявлению и разрешению конфликтов на стыках процессов	да/нет

Таблица И. 31 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Планирование процессов

Критерии оценки	
Планирование носит неофициальный и случайный характер	да/нет
Планирование процессов увязано с развертыванием стратегии.	да/нет
Потребности и ожидания идентифицированных заинтересованных сторон используются как исходные данные для планирования процессов.	да/нет
При планировании процессов принимаются во внимание все соответствующие заинтересованные стороны.	да/нет

Таблица И. 32 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Результативность процессов

Критерии оценки	
Систематически измеряется результативность процессов, и принимаются необходимые меры	да/нет
Процессы дают предсказуемые результаты.	да/нет
Анализируется результативность процессов организации	да/нет
Выходы ключевых процессов превышают средний показатель для данного сектора	да/нет

Таблица И. 33 – Критерии оценки детализированного элемента «Планирование и управление процессами» Эффективность процессов

Критерии оценки	
Могут быть наглядно показаны меры по повышению эффективности процессов.	да/нет
Анализируется эффективность процессов организации	да/нет
Эффективность процессов сопоставляется с ведущими организациями, и результаты сопоставления используются при планировании процессов.	да/нет

Таблица И. 34 – Критерии оценки детализированного элемента «Ответственность и полномочия, связанные с процессами»

Критерии оценки	
Обязанности в отношении процессов определяются от случая к случаю	да/нет
Четко распределены обязанности и полномочия, связанные с менеджментом процессов (например, между «владельцами процессов»)	да/нет
Выработана политика предотвращения и разрешения возможных споров при менеджменте процессов	да/нет
Постоянно повышается квалификация владельцев процессов	да/нет
Имеет место обмен знаниями между владельцами процессов и заинтересованными сторонами	да/нет

Оценка ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»

Таблица И. 35 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Управление мониторингом

Критерии оценки	
-----------------	--

Мониторинг проводится от случая к случаю, соответствующие процессы отсутствуют.	да/нет
Периодически осуществляется процесс мониторинга.	да/нет
Мониторинг потребности и ожиданий потребителей ведётся систематически.	да/нет
Процесс мониторинга регулярно оценивается для повышения его результативности.	да/нет
Процесс мониторинга имеет систематизированный и плановый характер и включает перекрестные проверки с внешними источниками данных.	да/нет
Оценка требований к ресурсам в динамике по времени носит систематизированный и планомерный характер.	да/нет
Процесс мониторинга позволяет получить достоверные данные и оценить тенденции.	да/нет
Мониторинг акцентирует внимание на тенденциях в направлениях деятельности организации, технологий и положение с рабочей силой и направлен на оптимизацию использования и развития ресурсов.	да/нет

Таблица И. 36 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Уровень мониторинга

Критерии оценки	
При мониторинге акцент делается на продукцию. Меры принимаются при возникновении проблем с продукцией или проблем менеджмента (т.е. в кризисных ситуациях).	да/нет
Мониторинг ориентирован на потребителей.	да/нет
Проводится мониторинг текущих возможностей процесса	да/нет
Проводится мониторинг ресурсов	да/нет
Мониторинг ориентирован на поставщиков и частично на работников организации и другие заинтересованные стороны.	да/нет

Таблица И. 37 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: законодательные и нормативные требования

Критерии оценки	
Несмотря на сбор информации о применимых законодательных и нормативных требованиях, анализ изменений в требованиях проводится только от случая к случаю	да/нет
За счет специальных механизмов систематически отслеживаются изменения в законодательных и нормативных требованиях	да/нет
Процедуры отслеживания законодательных и нормативных требований являются результативными и эффективными	да/нет
Происходящие или предполагаемые изменения в экономической политике, спросе на продукцию, технологиях, защите окружающей среды или в социальных и культурных аспектах, которые могут повлиять на эффективность деятельности организации, контролируются в плановом порядке	да/нет

Таблица И. 38 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: сотрудники организации

Критерии оценки	
Информация от работников организации собирается только заочно.	да/нет
Сбор информации от работников организации осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	да/нет

Таблица И. 39 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: потребители

Критерии оценки	
Информация от потребителей собирается только заочно.	да/нет
Сбор информации от потребителей осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	да/нет

Таблица И. 40 – Критерии оценки детализированного элемента «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: поставщики и партнеры

Критерии оценки	
Информация от поставщиков и партнеров собирается только заочно.	да/нет
В плановом порядке осуществляется сбор информации от основных поставщиков и партнеров.	да/нет
Сбор информации от поставщиков и партнеров осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	да/нет

Таблица И. 41 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности

Критерии оценки	
Имеется весьма ограниченное количество данных, полученных в результате измерений и оценок, для обоснования управленческих решений или отслеживания принимаемых мер.	да/нет
Существует формальный набор определений для ключевых показателей, связанных со стратегией и основными процессами организации.	да/нет
Цели на уровне процессов связаны с ключевыми показателями деятельности.	да/нет
Осуществляется мониторинг развертывания стратегии и структурирования задач.	да/нет
Выполняется анализ рисков как средство оптимизации процесса назначения приоритетов	да/нет

Таблица И. 42 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Качество ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Данные не всегда носят достоверный характер	да/нет
Основные условия достижения успеха идентифицированы и прослеживаются путем использования соответствующих, реальных показателей.	да/нет
Показатели деятельности установлены и широко используются для принятия стратегических решений в отношении тенденций и долгосрочного планирования.	да/нет

Таблица И. 43 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Источники информации для ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Используются базовые показатели (такие как финансовая отчетность, своевременность поставок,	да/нет

количество жалоб от потребителей, судебные предупреждения и штрафы).	
Показатели главным образом основаны на использовании внутренних данных.	да/нет
Имеются данные, свидетельствующие о том, насколько деятельность организации сопоставима с деятельностью других организаций.	да/нет

Таблица И. 44 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Результаты внедрения ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Управленческие решения опираются на результаты анализов системы менеджмента качества и дополнительных ключевых показателей деятельности	да/нет
Имеются данные, демонстрирующие динамику развития ключевых показателей деятельности во времени.	да/нет
Систематический анализ данных позволяет прогнозировать будущую деятельность	да/нет
Показатели способствуют принятию обоснованных стратегических решений.	да/нет

Таблица И. 45 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Внутренние аудиты

Критерии оценки	
Аудиты проводятся пассивно, в ответ на проблемы, жалобы потребителей и т.п.	да/нет
Результаты аудитов систематически используются для анализа системы менеджмента.	да/нет
Аудиты обеспечивают точность данных и результативность системы менеджмента.	да/нет
Аудиты, в которых участвуют другие заинтересованные стороны, предоставляют им возможность способствовать выявлению дополнительных улучшений.	да/нет

Таблица И. 46 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Сбор данных

Критерии оценки	
Осуществляется сбор некоторых данных, но отсутствует официальная методика.	да/нет
На регулярной основе осуществляется сбор некоторых данных о ключевых процессах.	да/нет
Сбор данных осуществляется в рамках структурированного процесса.	да/нет
В случае необходимости проводятся квалификационные исследования для верификации данных, особенно когда данные основаны на суждениях, мнениях и т.п.	да/нет
Процессы сбора данных подвергаются постоянному оцениванию, и принимаются меры по повышению их результативности и эффективности.	да/нет

Таблица И. 47 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Процесс самооценки

Критерии оценки	
Самооценка носит ограниченный характер.	да/нет
Проводятся самооценки для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	да/нет
Выявленные расхождения с более высокими уровнями зрелости сопоставляются с видением и стратегией, и организация применяет к ним плановые воздействия	да/нет
Самооценки проводятся на всех уровнях организации	да/нет

Таблица И. 48 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение» Самооценка: Результат самооценки

Критерии оценки	
Собранные данные в основном используются для решения проблем с продукцией	да/нет
Данные и результаты оценок стали использоваться для выполнения предупреждающих действий	да/нет
Результаты самооценки используются для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	да/нет
Результаты самооценок включают в процесс стратегического планирования.	да/нет

Таблица И. 49 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение». Бенчмаркинг. Управление бенчмаркингом

Критерии оценки	
Взаимный обмен передовым опытом в рамках организации носит эпизодический характер.	да/нет
Высшее руководство способствует выявлению и широкому распространению передового опыта.	да/нет
Руководство организации поддерживает некоторые меры по внешнему бенчмаркингу (в отношении продукции, процессов и операций)	да/нет
Разработана методология бенчмаркинга.	да/нет
Бенчмаркинг используется систематически как средство выявления возможностей для улучшения, инноваций и обучения.	да/нет

Таблица И. 50 – Критерии оценки детализированного элемента «Измерение». Бенчмаркинг. Процесс бенчмаркинга

Критерии оценки	
В ряде случаев проводятся сравнения некоторых видов продукции с продукцией на рынке	да/нет
Проводятся исследования и сопоставления с некоторыми видами продукции основных конкурентов	да/нет
Ключевые показатели деятельности подвергаются внутреннему и внешнему бенчмаркингу с использованием структурированной методологии	да/нет
В организацию часто обращаются представители внешних субъектов с предложением выступить в роли партнера по бенчмаркингу	да/нет

Таблица И. 51 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Уровни анализа данных

Критерии оценки	
В качестве основы для анализа данных используются только экономические и финансовые цели.	да/нет
Жалобы потребителей анализируются в ограниченном объеме	да/нет
Периодически проводится анализ соответствующей внешней и внутренней информации.	да/нет
Оценивается уровень удовлетворения требований потребителей.	да/нет
Периодически анализируется влияние изменений в законодательных и нормативных требованиях на процессы и продукцию	да/нет
Процесс анализа используется для оценки новых ресурсов, материалов и технологий.	да/нет
Анализируются и используются соответствующие экологические, социальные, технологические и сравнительные данные.	да/нет
Выявляются и анализируются риски и возможности, которые могут отразиться на достижении долгосрочных и краткосрочных целей.	да/нет

Таблица И. 52 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Методы анализа данных

Критерии оценки	
Используются некоторые базовые статистические методы.	да/нет
Систематически проводимый анализ основан на широком использовании статистических методов.	да/нет
Таблица И. 53 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Управление анализом данных	
Критерии оценки	
Существуют лишь единичные примеры анализа данных.	да/нет
Результативные решения и действия основаны на анализе информации	да/нет
Результативность процесса анализа повышается за счет обмена результатами анализа с партнерами или другими источниками знаний.	да/нет
Стратегические и политические решения основаны на информации, собираемой и анализируемой в плановом порядке	да/нет
Таблица И. 54 – Критерии оценки детализированного элемента «Анализ» Результат анализа	
Критерии оценки	
Улучшение качества продукции основано на результатах анализов	да/нет
Результаты анализов используются для выявления потребностей и ожиданий соответствующих заинтересованных сторон.	да/нет
Идентифицируются отличительные признаки продукции, и формируется добавленная ценность у продукции, предназначенной для заинтересованных сторон на основе результатов анализа информации	да/нет
Таблица И. 55 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Процесс изучения информации	
Критерии оценки	
Изучение информации часто носит пассивный характер	да/нет
Используется ситуативный подход к изучению информации.	да/нет
Принимаются соответствующие меры в случае выявления негативных тенденций.	да/нет
Результаты изучения информации доводятся до сведения некоторых заинтересованных сторон для облегчения сотрудничества и обучения.	да/нет
Таблица И. 56 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Методика изучения информации	
Критерии оценки	
Проводятся периодические изучения для оценки успехов в достижении целей в области качества и эффективности системы менеджмента качества.	да/нет
В ходе изучения оцениваются все действующие проекты и улучшения для оценки хода выполнения планов и достижения целей	да/нет
Регулярно проводятся систематические изучения ключевых показателей деятельности и соответствующих целей.	да/нет
Проводятся внутренние сравнения для выявления и передачи передового опыта	да/нет
Осуществляется обмен с партнерами результатами изучений как исходной информацией для улучшения качества продукции и процессов, что может повлиять на уровень эффективности их деятельности и удовлетворенности.	да/нет
Таблица И. 57 – Критерии оценки детализированного элемента «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Результат изучения информации	
Критерии оценки	
Изучение информации дает представление о выделении соответствующих ресурсов	да/нет
Различные источники информации указывают на хорошие показатели деятельности организации во всех стратегических и оперативных направлениях.	да/нет
Результаты изучения указывают на результативность принятых мер	да/нет
Оценка ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»	
Таблица И. 58 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Управление улучшениями	
Критерии оценки	
Меры по улучшению принимаются от случая к случаю на основании жалоб потребителей или претензий регулятивных органов	да/нет
Внедрены базовые процессы совершенствования, основанные на корректирующих и предупреждающих действиях.	да/нет
Направленность процессов совершенствования увязана со стратегией и целями организации.	да/нет
Процессы совершенствования периодически анализируются.	да/нет
Улучшения касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	да/нет
Таблица И. 59 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Результат улучшений	
Критерии оценки	
Улучшения могут быть продемонстрированы на большинстве видов продукции и основных процессах организации.	да/нет
На некоторых уровнях организации, а также в отношениях с поставщиками и партнерами действуют процессы непрерывного совершенствования	да/нет
Результаты, полученные от реализации процессов совершенствования, повышают эффективность деятельности организации.	да/нет
Совершенствование представляет собой повседневную деятельность на всех уровнях организации и в отношениях с поставщиками и партнерами.	да/нет
Таблица И. 60 – Критерии оценки детализированного элемента «Улучшения» Методика улучшений	
Критерии оценки	
Организация проводит обучение по проблемам непрерывного совершенствования	да/нет
Действуют системы нематериального поощрения коллективов и отдельных исполнителей, позволяющие получить стратегически значимые улучшения.	да/нет
Имеются данные, указывающие на существование тесной взаимосвязи между мерами по улучшению и достижением организацией результатов, превышающих средний уровень по отрасли.	да/нет
Улучшения ориентированы на повышение эффективности деятельности организации, включая ее	да/нет

способность обучаться и меняться	
Таблица И. 61 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Инновационный процесс	
Критерии оценки	
Новая продукция внедряется от случая к случаю при отсутствии планирования инноваций	да/нет
Инновационная деятельность основана на данных, касающихся потребностей и ожиданий потребителей	да/нет
Результативность и эффективность инновационных процессов регулярно оцениваются как часть процесса обучения.	да/нет
Таблица И. 62 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Результат внедрения инноваций	
Критерии оценки	
Количество инноваций ограничено.	да/нет
Процесс внедрения новых видов продукции и процессов помогает определить наличие изменений в среде организации для планирования инноваций	да/нет
Устанавливаются инновационные приоритеты на основании баланса между их насущностью, наличием ресурсов и стратегией организации.	да/нет
Инновации используются для совершенствования функционирования организации	да/нет
Инновационная деятельность превосходит возможные изменения в деловом окружении организации.	да/нет
Таблица И. 63 – Критерии оценки детализированного элемента «Инновации» Степень внедрения инноваций	
Критерии оценки	
Инновации внедрены только в единичных процессах (мой текст)	да/нет
В инновационных процессах участвуют поставщики и партнеры.	да/нет
Инновации касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	да/нет
Разработаны планы предупреждающих действий для предотвращения или минимизации выявленных рисков, связанных с инновационной деятельностью.	да/нет
Таблица И. 64 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Процесс обучения	
Критерии оценки	
Обучение носит пассивный характер и основано на систематическом анализе проблем и других данных.	да/нет
Вопросы обучения рассматриваются при выработке стратегии и политики	да/нет
Обучение имеет важное значение для развития процессов совершенствования и инновационных процессов	да/нет
Обучение связано с наличием внешних обязательств.	да/нет
Таблица И. 65 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Методика обучения	
Критерии оценки	
Обучение осуществляется на индивидуальной основе без обмена знаниями	да/нет
Действуют процессы обмена информацией и знаниями	да/нет
Внедрена система признания положительных результатов вносимых предложений или полученных уроков.	да/нет
Высшее руководство поддерживает инициативы, связанные с обучением и обменом знаниями, и подает личный пример.	да/нет
Культура обучения позволяет брать на себя риски и признавать неудачи при условии, что это ведет к обучению на ошибках и к созданию возможностей для совершенствования.	да/нет
Таблица И. 66 – Критерии оценки детализированного элемента «Обучение» Результат обучения	
Критерии оценки	
Организация извлекает некоторые уроки из жалоб.	да/нет
Имеют место плановые мероприятия, события и встречи по обмену информацией.	да/нет
Обучение считается одним из главных вопросов. Для обмена знаниями высшим руководством поощряется развитие связей, взаимодействие и интерактивность.	да/нет
Способность организации к обучению включает компетентность отдельных работников и компетентность организации в целом.	да/нет
Таблица И. 67 – Организации-партнеры	
Критерии оценки	
Медицинские учебные заведения	да/нет
Поставщики продукции и услуг для медицинской организации	да/нет
Научно-исследовательские организации	да/нет
Территориальный ФОМС	да/нет
Страховые организации	да/нет
Региональные органы власти	да/нет
Другие медицинские организации	да/нет
Государственные организации	да/нет
Частные фирмы	да/нет
Общественные организации	да/нет
Таблица И. 68 – Менеджмент ресурсов	
Критерии оценки	
Внедрен процесс планирования и распределения материально-технических ресурсов.	да/нет
Используется краткосрочное финансовое планирование	да/нет
Используется среднесрочное финансовое планирование	да/нет
Используется долгосрочное финансовое планирование	да/нет
Внедрен процесс эффективного планирования и распределения лекарственных препаратов	да/нет
Таблица И. 69 – Методы работы с персоналом, использующиеся в организации	
Критерии оценки	
Адаптация молодых сотрудников на рабочем месте;	да/нет
Закрепление наставников за молодыми специалистами;	да/нет
Внедрение в медицинской организации системы индивидуального обучения на рабочем месте;	да/нет
Создание системы профессиональной аттестации сотрудников организации;	да/нет
Планирование карьерного роста сотрудников;	да/нет

Создание кадрового резерва сотрудников медицинской организации;	да/нет
Создание кадрового резерва руководителей медицинской организации;	да/нет
Индивидуальный план непрерывного образования каждого сотрудника организации	да/нет
Систематический анализ уровня удовлетворенности персонала;	да/нет
Улучшение оснащенности рабочих мест;	да/нет
Создание благоприятного психологического климата в коллективе;	да/нет
Передача информации, опыта и знаний между сотрудниками и подразделениями внутри медицинской организации;	да/нет
Согласованность действий между сотрудниками различных подразделений внутри медицинской организации;	да/нет
Согласованность действий между медицинской организацией и ее партнерами;	да/нет
Для каждого сотрудника медицинской организации устанавливать индивидуальные производственные планы, решающие задачи подразделения;	да/нет
Внедрение программы сбора предложений сотрудников по улучшению работы организации;	да/нет
Нормирование труда персонала медицинской организации;	да/нет
Внедрение в работу медицинской организации эффективной системы оплаты труда;	да/нет
Внедрение в работу медицинской организации системы нематериального поощрения сотрудников;	да/нет
Передача знаний и опыта работы сотрудников организации, молодым специалистам;	да/нет
Обеспечение действующей системы передачи информации важного содержания, необходимой для принятия решения.	да/нет
Персонал включен в достижение долгосрочных целей организации.	да/нет
Таблица И. 70 – Менеджмент процессов	
Критерии оценки	
Осуществляется контроль за качеством оказания медицинской помощи	да/нет
Осуществляется удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг	да/нет
Вспомогательные процессы, осуществляемые непосредственно медицинской организацией: управление финансово-экономической деятельностью;	да/нет
Вспомогательные процессы, осуществляемые непосредственно медицинской организацией: кадровая политика	да/нет
Вспомогательные процессы, отданные на аутсорсинг: услуги охранного агентства	да/нет
Вспомогательные процессы, отданные на аутсорсинг: организация питания	да/нет
Вспомогательные процессы, отданные на аутсорсинг: клининговые услуги	да/нет
Таблица И. 71 – Методы мониторинга, измерения, анализа и изучения, использующиеся в организации	
Критерии оценки	
Оценка высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов;	да/нет
Оценка достижения целей организации в соответствии с ее миссией, политикой и стратегией;	да/нет
Осуществление анализа эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей медицинской организации (дорожной карты)	да/нет
Оценка эффективности и результативности принятия решения;	да/нет
Оценка сильных и слабых сторон деятельности медицинской организации;	да/нет
Анализ конкурентной среды;	да/нет
Анализ законодательных и нормативных требований;	да/нет
Оценка текущих возможностей организации и ее процессов;	да/нет
Оценка эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами;	да/нет
Таблица И. 72 – Методы внедрения улучшений, инноваций и обучения, использующиеся в организации	
Критерии оценки	
Оценка эффективности деятельности всех подразделений медицинской организации	да/нет
Сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями деятельности и процессами конкурентов	да/нет
Определение лучшего опыта работы подразделений организации для использования его в других подразделениях	да/нет
Оценка взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов	да/нет
Оценка передового опыта других медицинских организаций	да/нет
Проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий	да/нет
Взаимовыгодное сотрудничество медицинских организаций для совместного обмена знаниями и информацией с целью разработки планов по совершенствованию деятельности	да/нет
Таблица И. 73 – Объекты внедрения улучшений, инноваций и обучения, использующиеся в организации	
Критерии оценки	
В технологию оказания медицинских услуг	да/нет
В процесс обеспечения качества оказания медицинской услуги	да/нет
В организационную структуру медицинской организации	да/нет
В систему управления медицинской организацией	да/нет

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Акт самообследования устойчивого развития медицинской организации

1. Название
2. Вид медицинской организации
3. Форма собственности
4. Виды, оказываемой медицинской помощи
5. Объем государственного задания (на _____ г)
6. Объем обслуживаемого/прикрепленного населения (в год)
7. Стратегия и политика.
8. Менеджмент устойчивого развития:
9. Менеджмент процессов:
10. Менеджмент ресурсов:
 - А. Кадровые ресурсы:
 - Б. Материально-техническая оснащенность:
 - В. Финансовые ресурсы:
 - Г. Лекарственное обеспечение:
11. Мониторинг, измерение, анализ и изучение:
12. Улучшение, инновации и обучение
13. Оценка по стандарту ГОСТ Р ИСО 9004 составляет _____ уровень.
14. Интегральная оценка потенциала устойчивости развития составляет _____, что соответствует _____ уровню (таблица).

Таблица – Оценка ключевых параметров деятельности

		Оценка
1.	Интегральная оценка устойчивости развития организации	
2.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»	
2.1.	«Стадия развития системы менеджмента	
2.2.	«Устойчивый успех»	
2.2.1	Планирование деятельности организации	
2.2.2	Динамика показателей эффективности деятельности	
2.3.	«Среда организации»	
2.4.	«Заинтересованные стороны»	
3.	Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»	
3.1.	«Выработка стратегии и политики»	
3.1.1.	Процесс планирования стратегии и политики	
3.1.2.	Стратегия и политика базируется на анализе среды организации	
3.1.3.	Результаты реализации стратегии	
3.2.	«Развертывание стратегии и политики»	
3.2.1	Процесс реализации стратегии и политики	
3.2.2.	Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики	
3.3.	«Передача информации о стратегии и политике»	
4.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»	
4.1.	«Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)»	
4.1.1	Планирование ресурсного обеспечения	
4.1.2	Анализ ресурсного обеспечения	
4.2.	«Финансовые ресурсы»	
4.2.1	Управление финансовой деятельностью	
4.2.2	Планирование финансовых ресурсов	
4.2.3	Анализ финансовой деятельности	
4.3.	«Работники организации»	
4.3.1.	Связь кадровой политики со стратегией	
4.3.2.	Подготовка кадров	
4.3.3.	Компетентность сотрудников	
4.3.4.	Обмен информацией с персоналом	
4.4.	«Партнеры и поставщики»	
4.4.1	Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации	
4.4.2	Обмен информацией с партнерами и поставщиками	
4.5.	«Инфраструктура»	
4.5.1	Планирование потребности в инфраструктуре	
4.5.2	Инфраструктура способствует достижению стратегических целей	
4.6.	«Производственная среда»	
4.7.	«Знания, информация и технологии»	
4.7.1	Менеджмент знаний, информации и технологий	

4.7.2	Обмен информацией	
4.8.	«Природные ресурсы»	
4.8.1	Менеджмент природных ресурсов	
4.8.2	Оптимизация использования природных ресурсов	
5.	Оценка ключевого элемента «Менеджмент процессов»	
5.1.	«Планирование и управление процессами»	
5.1.1.	Процесс менеджмента	
5.1.2.	Планирование процессов	
5.1.3	Результативность процессов	
5.1.4	Эффективность процессов	
5.2.	«Ответственность и полномочия, связанные с процессами»	
6.	Оценка ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»	
6.1.	«Мониторинг»	
6.1.1	Управление мониторингом	
6.1.2	Уровень мониторинга	
6.1.3	Источники информации для мониторинга	
6.1.3.1	Законодательные и нормативные требования	
6.1.3.2.	Сотрудники организации	
6.1.3.3	Потребители	
6.1.3.4	Поставщики и партнеры	
6.2.	«Измерение»	
6.2.1	Ключевые показатели деятельности	
6.2.1.1	Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности	
6.2.1.2	Качество ключевых показателей деятельности	
6.2.1.3	Источники информации для ключевых показателей деятельности	
6.2.1.4	Результаты внедрения ключевых показателей деятельности	
6.2.2	Внутренние аудиты	
6.2.3	Самооценка	
6.2.3.1	Сбор данных	
6.2.3.2	Процесс самооценки	
6.2.3.3	Результат самооценки	
6.2.4	Бенчмаркинг	
6.2.4.1	Управление бенчмаркингом	
6.2.4.2	Процесс бенчмаркинга	
6.3.	«Анализ»	
6.3.1	Уровни анализа данных	
6.3.2	Методы анализа данных	
6.3.3	Управление анализом данных	
6.3.4	Результат анализа	
6.4.	«Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа»	
6.4.1.	Процесс изучения информации	
6.4.2.	Методика изучения информации	
6.4.3.	Результат изучения информации	
7.	Оценка ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»	
7.1.	«Улучшения»	
7.1.1.	Управление улучшениями	
7.1.2.	Результат улучшений	
7.1.3.	Методика улучшений	
7.2.	«Инновации»	
7.2.1	Инновационный процесс	
7.2.2	Результат внедрения инноваций	
7.2.3	Степень внедрения инноваций	
7.3.	«Обучение»	
7.3.1	Процесс обучения	
7.3.2	Методика обучения	
7.3.3	Результат обучения	

15. Рекомендованы организационные улучшения в разделах:

- А. Стратегия и политика
- Б. Менеджмент устойчивого развития
- В. Менеджмент процессов
- Г. Менеджмент ресурсов
- Д. Мониторинг, измерение, анализ и изучение
- Е. Улучшение, инновации и обучение

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Показатели устойчивого развития ГБУЗ НСО «ККДП №27» в динамике за 6 лет

	Потенциал устойчивого развития	Максимальное значение показателя	Среднее значение показателя	Значение показателя по законодательной базе	2016	Динамика значения показателя 2016 г. относительно нормативных значений (%)	2017	Динамика значения показателя 2017 г. относительно 2016 года (%)	2018	Динамика значения показателя 2018 г. относительно 2017 года (%)	2019	Динамика значения показателя 2019 г. относительно 2018 года (%)	2020	Динамика значения показателя 2020 г. относительно 2019 года (%)	2021	Динамика значения показателя 2021 г. относительно 2020 года (%)	2022	Динамика значения показателя 2022 г. относительно 2021 года (%)	Динамика значения показателя относительно нормативных значений (%)	Динамика значения показателя относительно 2016 года (%)	Динамика значения показателя относительно максимальных значений (%)
1	Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации	0,17	0,0435	0,0278	0,0328	118	0,0461	141	0,093	203	0,0934	100	0,0934	100	0,093	100	0,0934	100	336	285	56
1.1	Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)	0,25	0,055	0,0075	0,0225	300	0,0225	100	0,023	100	0,0225	100	0,0225	100	0,023	100	0,0225	100	300	100	9
1.2	Устойчивый успех	0,25	0,017	0,1375	0,1375	100	0,17	124	0,17	100	0,17	100	0,17	100	0,17	100	0,17	100	124	124	68
1.3	Среда организации	0,25	0,0225	0,0075	0,0225	300	0,055	244	0,12	218	0,12	100	0,12	100	0,12	100	0,12	100	1600	533	48
1.4	Заинтересованные стороны	0,25	0,015	0,015	0,015	100	0,045	300	0,25	556	0,25	100	0,25	100	0,25	100	0,25	100	1667	1667	100
2	Стратегия и политика	0,17	0,024	0,0086	0,0280	326	0,166	592	0,166	100	0,166	100	0,166	100	0,166	100	0,166	100	1930	592	100
2.1	Выработка стратегии и политики	0,33	0,045	0,0324	0,0451	139	0,0451	100	0,33	732	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	1019	732	100
2.2	Развертывание стратегии и политики	0,33	0,0297	0,01	0,0512	512	0,33	645	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	3300	645	100
2.3	Передача информации о стратегии и политике	0,33	0,0726	0,0099	0,0726	733	0,33	455	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	3333	455	100
3	Менеджмент ресурсов	0,17	0,0311	0,0109	0,0292	268	0,0885	303	0,089	100	0,0914	103	0,1012	111	0,101	100	0,1012	100	928	347	61

3.1	Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)	0,13	0,0338	0,01	0,0338	338	0,09	266	0,09	100	0,09	100	0,09	100	0,09	100	0,09	100	900	266	72
3.2	Финансовые ресурсы	0,13	0,0685	0,016	0,0685	428	0,125	182	0,125	100	0,125	100	0,125	100	0,125	100	0,125	100	781	182	100
3.3	Работники организации	0,13	0,0144	0,0068	0,0144	212	0,0713	495	0,071	100	0,0888	125	0,1088	123	0,109	100	0,1088	100	1600	756	87
3.4	Партнеры и поставщики	0,13	0,0125	0,006	0,0125	208	0,125	1000	0,125	100	0,125	100	0,125	100	0,125	100	0,125	100	2083	1000	100
3.5	Инфраструктура	0,13	0,012	0,0081	0,012	148	0,0634	528	0,063	100	0,0634	100	0,0634	100	0,063	100	0,0634	100	783	528	51
3.6	Производственная среда	0,13	0,0275	0,0112	0,0275	246	0,0275	100	0,028	100	0,0275	100	0,0275	100	0,028	100	0,0275	100	246	100	22
3.7	Знания, информация и технологии	0,13	0,0075	0,0037	0,0038	103	0,0275	724	0,028	100	0,0275	100	0,0663	241	0,066	100	0,0663	100	1792	1745	53
3.8	Природные ресурсы	0,13	0,0113	0,0037	0,0038	103	0,0038	100	0,004	100	0,0038	100	0,0038	100	0,004	100	0,0038	100	103	100	3
4	Менеджмент процессов	0,17	0,02	0,01	0,0315	315	0,0826	262	0,083	100	0,0826	100	0,088	107	0,143	162	0,1428	100	1428	453	86
4.1	Планирование и управление процессами	0,5	0,08	0,05	0,145	290	0,2575	178	0,258	100	0,2575	100	0,29	113	0,36	124	0,36	100	720	248	72
4.2	Ответственность и полномочия, связанные с процессами	0,5	0,045	0,015	0,045	300	0,24	533	0,24	100	0,24	100	0,24	100	0,5	208	0,5	100	3333	1111	100
5	Мониторинг, измерение, анализ и изучение	0,17	0,04	0,016	0,0364	228	0,086	236	0,086	100	0,0863	100	0,0869	101	0,09	104	0,1192	132	745	327	72
5.1	Мониторинг	0,25	0,027	0,0146	0,0323	221	0,2199	681	0,22	100	0,2199	100	0,2199	100	0,22	100	0,2199	100	1506	681	88
5.2	Измерение	0,25	0,027	0,0069	0,0399	578	0,1161	291	0,116	100	0,118	102	0,1217	103	0,131	107	0,1307	100	1894	328	52
5.3	Анализ	0,25	0,1104	0,054	0,1124	208	0,1386	123	0,139	100	0,1386	100	0,1386	100	0,139	100	0,1386	100	257	123	55
5.4	Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа	0,25	0,0765	0,0216	0,0349	162	0,0433	124	0,043	100	0,0433	100	0,0433	100	0,054	124	0,2292	427	1061	657	92

6	Улучшения, инновации и обучение	0,17	0,0138	0,0046	0,0219	476	0,106	484	0,106	100	0,106	100	0,106	100	0,106	100	0,106	100	2304	484	64
6.1	Улучшения	0,33	0,02	0,0025	0,0457	1828	0,33	722	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	0,33	100	13200	722	100
6.2	Инновации	0,33	0,15	0,0084	0,0234	279	0,0234	100	0,023	100	0,0234	100	0,0234	100	0,023	100	0,0234	100	279	100	7
6.3	Обучение	0,33	0,048	0,0172	0,0628	365	0,2854	454	0,285	100	0,2854	100	0,2854	100	0,285	100	0,2854	100	1659	454	86
	Устойчивость развития организации	1	0,173	0,079	0,1799	228	0,5776	321	0,623	108	0,6257	101	0,6415	103	0,7	109	0,7286	104	922	405	73

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Анкета самооценки эффективности деятельности медицинской организации

1. Название медицинской организации _____
2. Вид медицинской организации _____
3. Форма собственности _____
4. Виды, оказываемой медицинской помощи _____
5. Объем государственного задания (на 2022 г) _____
6. Объем обслуживаемого/прикрепленного населения (за текущий год) _____
7. Количество видов медицинской помощи _____
8. Сколько поликлинических отделений в составе вашей медицинской организации _____
9. Сколько поликлинических отделений реализуют проекты по бережливому производству - _____

В каждой таблице выберете, пожалуйста, один или несколько признаков, которые наиболее полно соответствующих работе медицинской организации.

«Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»

Таблица М. 1 – Критерии оценки показателя «Стадия развития системы менеджмента (Общие положения)»

Критерии оценки	
Функциональная система менеджмента основана на процедурах (соблюдаются минимальные лицензионные требования)	да/нет
Система менеджмента качества основана на процессном подходе	да/нет
Система менеджмента качества охватывает все уровни организации, основана на принципах TQM	да/нет
Система менеджмента организации расширена для включения других аспектов, например, экологического менеджмента, менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда и т.п.	да/нет
Система менеджмента обеспечивает полное развертывание политики организации	да/нет

Таблица М. 2 – Критерии оценки показателя «Устойчивый успех». Планирование деятельности организации

Критерии оценки	
Составление краткосрочных планов (на 1 год)	да/нет
Составление среднесрочных планов (2–4 лет)	да/нет
Составление стратегических планов (на 5 и более лет)	да/нет

Таблица М. 3 – Критерии оценки показателя «Устойчивый успех». Динамика показателей эффективности деятельности

Критерии оценки	
Проводится анализ показателей эффективности деятельности за 1 год	да/нет
Последовательное повышение эффективности деятельности за последние 2 - 4 года	да/нет
Последовательное повышение эффективности деятельности организации за последние 5 лет	да/нет

Таблица М. 4 – Критерии оценки показателя «Среда организации»

Критерии оценки	
Организация реагирует только на изменения, которые ее затрагивают	да/нет
Разработаны планы предотвращения повторного возникновения старых проблем	да/нет
Периодически проводятся оценки рисков для изучения их потенциального воздействия на организацию	да/нет
Разработаны планы действий в чрезвычайных обстоятельствах для снижения всех выявленных	да/нет

рисков	
Оценка и планирование рисков является непрерывным процессом в рамках организации для снижения всех рисков	да/нет

Таблица М. 5 – Критерии оценки показателя «Заинтересованные стороны»

Критерии оценки	
Организацией не определяются потребности и ожидания заинтересованных сторон, главной целью организации является получение ежегодной прибыли	да/нет
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются, когда это практически возможно	да/нет
Потребности и ожидания заинтересованных сторон служат основой для принятия решений руководством	да/нет
Потребности и ожидания заинтересованных сторон удовлетворяются последние 3 года	да/нет

Оценка ключевого элемента «Стратегия и политика»

Таблица М. 6 – Критерии оценки показателя «Выработка стратегии и политики». Процесс планирования стратегии и политики

Критерии оценки	
Процесс планирования стратегии и политики носит несистематический характер	да/нет
Существует структурированный процесс выработки стратегии и политики	да/нет
При выработке стратегии и политики учитываются потребности и ожидания заинтересованных сторон	да/нет

Таблица М. 7 – Критерии оценки показателя «Выработка стратегии и политики». Стратегия и политика базируется на анализе среды организации

Критерии оценки	
Проводится анализ законодательных и нормативных требований	да/нет
Проводится анализ потребностей и ожидания потребителей	да/нет
Проводится анализ потребностей и ожидания заинтересованных сторон	да/нет
Проводится анализ изменяющихся внешних тенденций (угроз и возможностей)	да/нет
Проводится анализ ресурсного обеспечения	да/нет
Проводится анализ процесса планирования	да/нет
Проводится анализ мониторинга и отчетности	да/нет

Таблица М. 8 – Критерии оценки показателя «Выработка стратегии и политики». Результаты реализации стратегии

Критерии оценки	
Имеются благоприятные результаты достижения целей организации	да/нет
Стратегия привела к оптимизации потребностей заинтересованных сторон	да/нет
Заинтересованные стороны содействуют успеху организации	да/нет
Стратегия привела к устойчивому успеху организации	да/нет

Таблица М. 9 – Критерии оценки показателя «Развертывание стратегии и политики». Процесс реализации стратегии и политики

Критерии оценки	
Реализация краткосрочных целей и задач организации	да/нет
Стратегия и политика преобразуются в задачи для различных уровней организации	да/нет
Потребности и ожидания потребителей преобразуются в четко сформулированные процессы и задачи	да/нет
Определены цели для каждого процесса и уровня организации	да/нет
Систематически проводится актуализация стратегии на основе данных, полученных в результате мониторинга и анализа среды организации	да/нет

Таблица М. 10 – Критерии оценки показателя «Развертывание стратегии и политики». Анализ эффективности и результативности развертывания стратегии и политики

Критерии оценки	
Проводится анализ эффективности процессов по результатам выполнения отдельных задач	да/нет
Проводится анализ развертывания стратегии на основании запланированных результатов	да/нет
Проводится анализ системы менеджмента на соответствие с изменениями стратегии	да/нет
Проводится анализ результативности процесса обмена информацией	да/нет
Проводится анализ случаев преодоления новых или непредвиденных трудностей	да/нет

Таблица М. 11 – Критерии оценки показателя «Передача информации о стратегии и политике»

Критерии оценки	
Передача информации носит пассивный характер	да/нет
Внедрен процесс внешнего и внутреннего обмена информацией	да/нет
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения соответствующих сотрудников	да/нет
Изменения в стратегии организации доводятся до сведения заинтересованных сторон, и информация о них передается на все уровни организации	да/нет
Процессы обмена информацией отвечают требованиям заинтересованных сторон	да/нет

Оценка ключевого элемента «Менеджмент ресурсов»

Таблица М. 12 – Критерии оценки показателя «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)»
Планирование ресурсного обеспечения

Критерии оценки	
Ресурсы определяются и распределяются от случая к случаю	да/нет
Внедрен процесс планирования ресурсов в краткосрочный период, включая их идентификацию, предоставление и мониторинг	да/нет
Планирование ресурсов охватывает долгосрочные цели	да/нет
Бенчмаркинг применяется при поиске возможностей для оптимизации плана распределения ресурсов	да/нет

Таблица М. 13 – Критерии оценки показателя «Планирование и анализ ресурсного обеспечения (Общие положения)»
Анализ ресурсного обеспечения

Критерии оценки	
Осуществляется периодический анализ наличия и пригодности ресурсов	да/нет
Оцениваются риски, связанные с потенциальным дефицитом ресурсов	да/нет
Процесс управления ресурсным обеспечением демонстрирует свою результативность и эффективность	да/нет

Таблица М. 14 – Критерии оценки показателя «Финансовые ресурсы» Управление финансовой деятельностью

Критерии оценки	
Финансовые ресурсы распределяются случайным образом	да/нет
Реализуется процесс прогнозирования, мониторинга и контролирования финансовых ресурсов	да/нет
Финансовое управление систематически структурируется	да/нет
Выделение финансовых ресурсов способствует достижению целей организации	да/нет

Таблица М. 15 – Критерии оценки показателя «Финансовые ресурсы». Планирование финансовых ресурсов

Критерии оценки	
Финансовые ресурсы определяются случайным образом	да/нет
Используется краткосрочное финансовое планирование	да/нет
Выявляются финансовые риски	да/нет
Прогнозируются и планируются будущие финансовые потребности	да/нет
Снижаются финансовые риски	да/нет

Таблица М. 16 – Критерии оценки показателя «Финансовые ресурсы» Анализ финансовой деятельности

Критерии оценки	
Осуществляются периодические анализы результативности использования финансовых ресурсов	да/нет

Действует непрерывный процесс переоценки выделенных ресурсов	да/нет
--	--------

Таблица М. 17 – Критерии оценки показателя «Работники организации» Связь кадровой политики со стратегией

Критерии оценки	
К работникам относятся как к необходимому ресурсу	да/нет
Несколько целей кадровой политики связаны со стратегией организации.	да/нет
Работникам поставлены задачи, которые связаны со стратегией	да/нет
Персоналу определены четкие обязанности и задачи в отношении процессов, и известно, как они увязаны в рамках организации.	да/нет
Внешняя система связей способствует вовлечению всех работников организации. Работники на всех уровнях участвуют в разработке новых процессов	да/нет

Таблица М. 18 – Критерии оценки показателя «Работники организации» Подготовка кадров

Критерии оценки	
Подготовка кадров проводится несистематически, а в основном по просьбе отдельных работников.	да/нет
Повышение квалификации является частью общего плана, который связан со стратегией организации.	да/нет
Разработана система повышения квалификации, основанная на наставничестве и инструктировании	да/нет
Организована подготовка кадров для повышения квалификации, развития творческого подхода и оптимизации деятельности.	да/нет

Таблица М. 19 – Критерии оценки показателя «Работники организации» Компетентность сотрудников

Критерии оценки	
Проверка компетентности сотрудников осуществляется от случая к случаю	да/нет
Действует программа проверки компетентности сотрудников	да/нет
Работники организации знают уровень своей компетентности и то, в каких областях они могут максимально способствовать повышению эффективности деятельности организации.	да/нет
Хорошо развит процесс планирования карьеры	да/нет
Персонал широко использует передовой опыт	да/нет

Таблица М. 20 – Критерии оценки показателя «Работники организации» Обмен информацией с персоналом

Критерии оценки	
Обмен информацией с персоналом осуществляется от случая к случаю	да/нет
Осуществляется сбор рационализаторских предложений	да/нет
Широко используется внутренняя система связей, обеспечивающая получение коллективных знаний.	да/нет

Таблица М. 21 – Критерии оценки показателя «Партнеры и поставщики» Содействие партнеров и поставщиков достижению стратегических целей организации

Критерии оценки	
Поставщики и партнеры идентифицированы согласно стратегическим потребностям или рискам.	да/нет
Для развития возможностей поставщиков и партнеров существуют процессы регулирования взаимоотношений	да/нет
Имеются данные, свидетельствующие о непосредственном участии партнеров и внесении ими своего вклада в успех организации	да/нет

Таблица М. 22 – Критерии оценки показателя «Партнеры и поставщики» Обмен информацией с партнерами и поставщиками

Критерии оценки	
Связи с поставщиками ограничены выставлением заявок на подряд, размещением заказов или разрешением проблем	да/нет
Налажены процессы обмена информацией с поставщиками, выбора, оценки, повторной оценки и классификации поставщиков	да/нет
С партнерами осуществляется открытый обмен информацией в отношении потребностей и стратегии	да/нет

Таблица М. 23 – Критерии оценки показателя «Инфраструктура» Планирование потребности в инфраструктуре

Критерии оценки	
Создана базовая инфраструктура	да/нет
Осуществляется планирование и управление инфраструктурой организации.	да/нет
Для снижения потенциальных угроз и выявления возможностей используется планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах	да/нет

Таблица М. 24 – Критерии оценки показателя «Инфраструктура» Инфраструктура способствует достижению стратегических целей

Критерии оценки	
Принимаются во внимание законодательные и нормативные требования	да/нет
Проводится периодический анализ инфраструктуры и соответствующих процессов с прицелом на будущее	да/нет
Выявляются риски, присущие инфраструктуре, и осуществляются предупреждающие действия	да/нет
Эффективность деятельности и база распределения затрат выгодно отличаются от других организаций.	да/нет

Таблица М. 25 – Критерии оценки показателя «Производственная среда»

Критерии оценки	
Созданы основные условия для развития производственной среды	да/нет
Разработан процесс, обеспечивающий выполнение производственной средой всех применимых законодательных и нормативных требований	да/нет
Осуществляется периодический анализ эффективности и результативности производственной среды	да/нет
Данные показывают, что производственная среда стимулирует производительность труда, творческий подход и хорошие условия работы персонала	да/нет
Процессы, реализуемые для совершенствования производственной среды, способствуют повышению конкурентоспособности и сопоставимы с аналогичными процессами других организаций	да/нет

Таблица М. 26 – Критерии оценки показателя «Знания, информация и технологии» Менеджмент

Критерии оценки	
Разработаны основные подходы и системы менеджмента знаний, информации и технологий	да/нет
Внедрен процесс идентификации, получения, защиты, использования и оценки информации, знаний и технологий.	да/нет
Важнейшие технологии управляются на основе патентного права и поиска вторичных ресурсов в случае необходимости	да/нет
Результаты менеджмента информации, знаний и технологий вполне сопоставимы с другими организациями	да/нет

Таблица М. 27 – Критерии оценки показателя «Знания, информация и технологии» Обмен информацией

Критерии оценки	
Обмен информацией осуществляется от случая к случаю	да/нет
Внедрена базовая система обмена и коллективного использования информации	да/нет
Происходит обмен информацией, знаниями и технологиями в рамках организации, и периодически проводится анализ их использования.	да/нет
Осуществляется обмен информацией, знаниями и технологиями с партнерами и другими заинтересованными сторонами	да/нет

Таблица М. 28 – Критерии оценки показателя «Природные ресурсы» Менеджмент

Критерии оценки	
Имеет место весьма ограниченный менеджмент использования природных ресурсов	да/нет
Существует процесс определения и управления использованием природных ресурсов, требуемых организации	да/нет
Должным образом структурированы процессы определения эффективности использования природных	да/нет

ресурсов.	
Организацией разработаны процессы учета потребности в защите окружающей среды на всем протяжении жизненного цикла продукции	да/нет

Таблица М. 29 – Критерии оценки показателя «Природные ресурсы» Оптимизация использования природных ресурсов

Критерии оценки	
Оцениваются риски, связанные с дефицитом природных ресурсов, и принимаются меры по обеспечению преемственности поставщиков в будущем	да/нет
Существуют процессы оптимизации использования природных ресурсов и изучения возможности использования альтернативных ресурсов.	да/нет
Организация способна продемонстрировать, что ее подход к использованию природных ресурсов отвечает настоящим потребностям без ущерба для будущих поколений или общества.	да/нет
Осуществляется взаимодействие с внешними организациями и другими заинтересованными сторонами и бенчмаркинг относительно использования природных ресурсов.	да/нет

Оценка ключевого элемента «Менеджмент процессов»

Таблица М. 30 – Критерии оценки показателя «Планирование и управление процессами» Процесс менеджмента

Критерии оценки	
Менеджмент процессов носит неофициальный и случайный характер	да/нет
Определены ключевые процессы, в частности те, которые связаны с удовлетворенностью потребителей и жизненным циклом продукции, и осуществляется их менеджмент.	да/нет
Могут быть наглядно показаны улучшения в маневренности, гибкости и инновационном подходе к процессам.	да/нет
Существует действенный подход к выявлению и разрешению конфликтов на стыках процессов	да/нет

Таблица М. 31 – Критерии оценки показателя «Планирование и управление процессами» Планирование процессов

Критерии оценки	
Планирование носит неофициальный и случайный характер	да/нет
Планирование процессов увязано с развертыванием стратегии.	да/нет
Потребности и ожидания идентифицированных заинтересованных сторон используются как исходные данные для планирования процессов.	да/нет
При планировании процессов принимаются во внимание все соответствующие заинтересованные стороны.	да/нет

Таблица М. 32 – Критерии оценки показателя «Планирование и управление процессами» Результативность процессов

Критерии оценки	
Систематически измеряется результативность процессов, и принимаются необходимые меры	да/нет
Процессы дают предсказуемые результаты.	да/нет
Анализируется результативность процессов организации	да/нет
Выходы ключевых процессов превышают средний показатель для данного сектора	да/нет

Таблица М. 33 – Критерии оценки показателя «Планирование и управление процессами» Эффективность процессов

Критерии оценки	
Могут быть наглядно показаны меры по повышению эффективности процессов.	да/нет
Анализируется эффективность процессов организации	да/нет
Эффективность процессов сопоставляется с ведущими организациями, и результаты сопоставления используются при планировании процессов.	да/нет

Таблица М. 34 – Критерии оценки показателя «Ответственность и полномочия, связанные с процессами»

Критерии оценки	
Обязанности в отношении процессов определяются от случая к случаю	да/нет
Четко распределены обязанности и полномочия, связанные с менеджментом процессов (например, между «владельцами процессов»)	да/нет

Выработана политика предотвращения и разрешения возможных споров при менеджменте процессов	да/нет
Постоянно повышается квалификация владельцев процессов	да/нет
Имеет место обмен знаниями между владельцами процессов и заинтересованными сторонами	да/нет

Оценка ключевого элемента «Мониторинг, измерение, анализ и изучение»

Таблица М. 35 – Критерии оценки показателя «Мониторинг» Управление мониторингом

Критерии оценки	
Мониторинг проводится от случая к случаю, соответствующие процессы отсутствуют.	да/нет
Периодически осуществляется процесс мониторинга.	да/нет
Мониторинг потребности и ожиданий потребителей ведётся систематически.	да/нет
Процесс мониторинга регулярно оценивается для повышения его результативности.	да/нет
Процесс мониторинга имеет систематизированный и плановый характер и включает перекрестные проверки с внешними источниками данных.	да/нет
Оценка требований к ресурсам в динамике по времени носит систематизированный и планомерный характер.	да/нет
Процесс мониторинга позволяет получить достоверные данные и оценить тенденции.	да/нет
Мониторинг акцентирует внимание на тенденциях в направлениях деятельности организации, технологии и положение с рабочей силой и направлен на оптимизацию использования и развития ресурсов.	да/нет

Таблица М. 36 – Критерии оценки показателя «Мониторинг» Уровень мониторинга

Критерии оценки	
При мониторинге акцент делается на продукцию. Меры принимаются при возникновении проблем с продукцией или проблем менеджмента (т.е. в кризисных ситуациях).	да/нет
Мониторинг ориентирован на потребителей.	да/нет
Проводится мониторинг текущих возможностей процесса	да/нет
Проводится мониторинг ресурсов	да/нет
Мониторинг ориентирован на поставщиков и частично на работников организации и другие заинтересованные стороны.	да/нет

Таблица М. 37 – Критерии оценки показателя «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: законодательные и нормативные требования

Критерии оценки	
Несмотря на сбор информации о применимых законодательных и нормативных требованиях, анализ изменений в требованиях проводится только от случая к случаю	да/нет
За счет специальных механизмов систематически отслеживаются изменения в законодательных и нормативных требованиях	да/нет
Процедуры отслеживания законодательных и нормативных требований являются результативными и эффективными	да/нет
Происходящие или предполагаемые изменения в экономической политике, спросе на продукцию, технологиях, защите окружающей среды или в социальных и культурных аспектах, которые могут повлиять на эффективность деятельности организации, контролируются в плановом порядке	да/нет

Таблица М. 38 – Критерии оценки показателя «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: сотрудники организации

Критерии оценки	
Информация от работников организации собирается только заочно.	да/нет
Сбор информации от работников организации осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	да/нет

Таблица М. 39 – Критерии оценки показателя «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: потребители

Критерии оценки	
-----------------	--

Информация от потребителей собирается только заочно.	да/нет
Сбор информации от потребителей осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	да/нет

Таблица М. 40 – Критерии оценки показателя «Мониторинг» Источники информации для мониторинга: поставщики и партнеры

Критерии оценки	
Информация от поставщиков и партнеров собирается только заочно.	да/нет
В плановом порядке осуществляется сбор информации от основных поставщиков и партнеров.	да/нет
Сбор информации от поставщиков и партнеров осуществляется путем профессионально проводимых опросов и посредством использования других механизмов, таких как группы для тематического опроса	да/нет

Таблица М. 41 – Критерии оценки показателя «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Процессы, связанные с ключевыми показателями деятельности

Критерии оценки	
Имеется весьма ограниченное количество данных, полученных в результате измерений и оценок, для обоснования управленческих решений или отслеживания принимаемых мер.	да/нет
Существует формальный набор определений для ключевых показателей, связанных со стратегией и основными процессами организации.	да/нет
Цели на уровне процессов связаны с ключевыми показателями деятельности.	да/нет
Осуществляется мониторинг развертывания стратегии и структурирования задач.	да/нет
Выполняется анализ рисков как средство оптимизации процесса назначения приоритетов	да/нет

Таблица М. 42 – Критерии оценки показателя «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Качество ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Данные не всегда носят достоверный характер	да/нет
Основные условия достижения успеха идентифицированы и прослеживаются путем использования соответствующих, реальных показателей.	да/нет
Показатели деятельности установлены и широко используются для принятия стратегических решений в отношении тенденций и долгосрочного планирования.	да/нет

Таблица М. 43 – Критерии оценки показателя «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Источники информации для ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Используются базовые показатели (такие как финансовая отчетность, своевременность поставок, количество жалоб от потребителей, судебные предупреждения и штрафы).	да/нет
Показатели главным образом основаны на использовании внутренних данных.	да/нет
Имеются данные, свидетельствующие о том, насколько деятельность организации сопоставима с деятельностью других организаций.	да/нет

Таблица М. 44 – Критерии оценки показателя «Измерение» Ключевые показатели деятельности: Результаты внедрения ключевых показателей деятельности

Критерии оценки	
Управленческие решения опираются на результаты анализов системы менеджмента качества и дополнительных ключевых показателей деятельности	да/нет
Имеются данные, демонстрирующие динамику развития ключевых показателей деятельности во времени.	да/нет
Систематический анализ данных позволяет прогнозировать будущую деятельность	да/нет
Показатели способствуют принятию обоснованных стратегических решений.	да/нет

Таблица М. 45 – Критерии оценки показателя «Измерение» Внутренние аудиты

Критерии оценки	
Аудиты проводятся пассивно, в ответ на проблемы, жалобы потребителей и т.п.	да/нет
Результаты аудитов систематически используются для анализа системы менеджмента.	да/нет
Аудиты обеспечивают точность данных и результативность системы менеджмента.	да/нет
Аудиты, в которых участвуют другие заинтересованные стороны, предоставляют им возможность способствовать выявлению дополнительных улучшений.	да/нет

Таблица М. 46 – Критерии оценки показателя «Измерение» Самооценка: Сбор данных

Критерии оценки	
Осуществляется сбор некоторых данных, но отсутствует официальная методика.	да/нет
На регулярной основе осуществляется сбор некоторых данных о ключевых процессах.	да/нет
Сбор данных осуществляется в рамках структурированного процесса.	да/нет
В случае необходимости проводятся квалификационные исследования для верификации данных, особенно когда данные основаны на суждениях, мнениях и т.п.	да/нет
Процессы сбора данных подвергаются постоянному оцениванию, и принимаются меры по повышению их результативности и эффективности.	да/нет

Таблица М. 47 – Критерии оценки показателя «Измерение» Самооценка: Процесс самооценки

Критерии оценки	
Самооценка носит ограниченный характер.	да/нет
Проводятся самооценки для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	да/нет
Выявленные расхождения с более высокими уровнями зрелости сопоставляют с видением и стратегией, и организация применяет к ним плановые воздействия	да/нет
Самооценки проводятся на всех уровнях организации	да/нет

Таблица М. 48 – Критерии оценки показателя «Измерение» Самооценка: Результат самооценки

Критерии оценки	
Собранные данные в основном используются для решения проблем с продукцией	да/нет
Данные и результаты оценок стали использоваться для выполнения предупреждающих действий	да/нет
Результаты самооценки используются для определения зрелости организации и повышения общего уровня ее эффективности	да/нет
Результаты самооценок включают в процесс стратегического планирования.	да/нет

Таблица М. 49 – Критерии оценки показателя «Измерение». Бенчмаркинг. Управление бенчмаркингом

Критерии оценки	
Взаимный обмен передовым опытом в рамках организации носит эпизодический характер.	да/нет
Высшее руководство способствует выявлению и широкому распространению передового опыта.	да/нет
Руководство организации поддерживает некоторые меры по внешнему бенчмаркингу (в отношении продукции, процессов и операций)	да/нет
Разработана методология бенчмаркинга.	да/нет
Бенчмаркинг используется систематически как средство выявления возможностей для улучшения, инноваций и обучения.	да/нет

Таблица М. 50 – Критерии оценки показателя «Измерение». Бенчмаркинг. Процесс бенчмаркинга

Критерии оценки	
В ряде случаев проводятся сравнения некоторых видов продукции с продукцией на рынке	да/нет
Проводятся исследования и сопоставления с некоторыми видами продукции основных конкурентов	да/нет
Ключевые показатели деятельности подвергаются внутреннему и внешнему бенчмаркингу с использованием структурированной методологии	да/нет
В организацию часто обращаются представители внешних субъектов с предложением выступить в роли партнера по бенчмаркингу	да/нет

Таблица М. 51 – Критерии оценки показателя «Анализ» Уровни анализа данных

Критерии оценки	
В качестве основы для анализа данных используются только экономические и финансовые цели.	да/нет
Жалобы потребителей анализируются в ограниченном объеме	да/нет
Периодически проводится анализ соответствующей внешней и внутренней информации.	да/нет
Оценивается уровень удовлетворения требований потребителей.	да/нет
Периодически анализируется влияние изменений в законодательных и нормативных требованиях на процессы и продукцию	да/нет
Процесс анализа используется для оценки новых ресурсов, материалов и технологий.	да/нет
Анализируются и используются соответствующие экологические, социальные, технологические и сравнительные данные.	да/нет
Выявляются и анализируются риски и возможности, которые могут отразиться на достижении долгосрочных и краткосрочных целей.	да/нет

Таблица М. 52 – Критерии оценки показателя «Анализ» Методы анализа данных

Критерии оценки	
Используются некоторые базовые статистические методы.	да/нет
Систематически проводимый анализ основан на широком использовании статистических методов.	да/нет

Таблица М. 53 – Критерии оценки показателя «Анализ» Управление анализом данных

Критерии оценки	
Существуют лишь единичные примеры анализа данных.	да/нет
Результативные решения и действия основаны на анализе информации	да/нет
Результативность процесса анализа повышается за счет обмена результатами анализа с партнерами или другими источниками знаний.	да/нет
Стратегические и политические решения основаны на информации, собираемой и анализируемой в плановом порядке	да/нет

Таблица М. 54 – Критерии оценки показателя «Анализ» Результат анализа

Критерии оценки	
Улучшение качества продукции основано на результатах анализов	да/нет
Результаты анализов используются для выявления потребностей и ожиданий соответствующих заинтересованных сторон.	да/нет
Идентифицируются отличительные признаки продукции, и формируется добавленная ценность у продукции, предназначенной для заинтересованных сторон на основе результатов анализа информации	да/нет

Таблица М. 55 – Критерии оценки показателя «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Процесс изучения информации

Критерии оценки	
Изучение информации часто носит пассивный характер	да/нет
Используется ситуативный подход к изучению информации.	да/нет
Принимаются соответствующие меры в случае выявления негативных тенденций.	да/нет
Результаты изучения информации доводятся до сведения некоторых заинтересованных сторон для облегчения сотрудничества и обучения.	да/нет

Таблица М. 56 – Критерии оценки показателя «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Методика изучения информации

Критерии оценки	
Проводятся периодические изучения для оценки успехов в достижении целей в области качества и эффективности системы менеджмента качества.	да/нет
В ходе изучения оцениваются все действующие проекты и улучшения для оценки хода выполнения планов и достижения целей	да/нет

Регулярно проводятся систематические изучения ключевых показателей деятельности и соответствующих целей.	да/нет
Проводятся внутренние сравнения для выявления и передачи передового опыта	да/нет
Осуществляется обмен с партнерами результатами изучений как исходной информацией для улучшения качества продукции и процессов, что может повлиять на уровень эффективности их деятельности и удовлетворенности.	да/нет

Таблица М. 57 – Критерии оценки показателя «Изучение информации, полученной в результате мониторинга, измерения и анализа» Результат изучения информации

Критерии оценки	
Изучение информации дает представление о выделении соответствующих ресурсов	да/нет
Различные источники информации указывают на хорошие показатели деятельности организации во всех стратегических и оперативных направлениях.	да/нет
Результаты изучения указывают на результативность принятых мер	да/нет

Оценка ключевого элемента «Улучшения, инновации и обучение»

Таблица М. 58 – Критерии оценки показателя «Улучшения» Управление улучшениями

Критерии оценки	
Меры по улучшению принимаются от случая к случаю на основании жалоб потребителей или претензий регулятивных органов	да/нет
Внедрены базовые процессы совершенствования, основанные на корректирующих и предупреждающих действиях.	да/нет
Направленность процессов совершенствования увязана со стратегией и целями организации.	да/нет
Процессы совершенствования периодически анализируются.	да/нет
Улучшения касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	да/нет

Таблица М. 59 – Критерии оценки показателя «Улучшения» Результат улучшений

Критерии оценки	
Улучшения могут быть продемонстрированы на большинстве видов продукции и основных процессах организации.	да/нет
На некоторых уровнях организации, а также в отношениях с поставщиками и партнерами действуют процессы непрерывного совершенствования	да/нет
Результаты, полученные от реализации процессов совершенствования, повышают эффективность деятельности организации.	да/нет
Совершенствование представляет собой повседневную деятельность на всех уровнях организации и в отношениях с поставщиками и партнерами.	да/нет

Таблица М. 60 – Критерии оценки показателя «Улучшения» Методика улучшений

Критерии оценки	
Организация проводит обучение по проблемам непрерывного совершенствования	да/нет
Действуют системы нематериального поощрения коллективов и отдельных исполнителей, позволяющие получить стратегически значимые улучшения.	да/нет
Имеются данные, указывающие на существование тесной взаимосвязи между мерами по улучшению и достижением организацией результатов, превышающих средний уровень по отрасли.	да/нет
Улучшения ориентированы на повышение эффективности деятельности организации, включая ее способность обучаться и меняться	да/нет

Таблица М. 61 – Критерии оценки показателя «Инновации» Инновационный процесс

Критерии оценки	
Новая продукция внедряется от случая к случаю при отсутствии планирования инноваций	да/нет
Инновационная деятельность основана на данных, касающихся потребностей и ожиданий потребителей	да/нет

Результативность и эффективность инновационных процессов регулярно оцениваются как часть процесса обучения.	да/нет
---	--------

Таблица М. 62 – Критерии оценки показателя «Инновации» Результат внедрения инноваций

Критерии оценки	
Количество инноваций ограничено.	да/нет
Процесс внедрения новых видов продукции и процессов помогает определить наличие изменений в среде организации для планирования инноваций	да/нет
Устанавливаются инновационные приоритеты на основании баланса между их насущностью, наличием ресурсов и стратегией организации.	да/нет
Инновации используются для совершенствования функционирования организации	да/нет
Инновационная деятельность превосходит возможные изменения в деловом окружении организации.	да/нет

Таблица М. 63 – Критерии оценки показателя «Инновации» Степень внедрения инноваций

Критерии оценки	
Инновации внедрены только в единичных процессах (мой текст)	да/нет
В инновационных процессах участвуют поставщики и партнеры.	да/нет
Инновации касаются продукции, процессов, организационных структур, рабочей модели и системы менеджмента организации	да/нет
Разработаны планы предупреждающих действий для предотвращения или минимизации выявленных рисков, связанных с инновационной деятельностью.	да/нет

Таблица М. 64 – Критерии оценки показателя «Обучение» Процесс обучения

Критерии оценки	
Обучение носит пассивный характер и основано на систематическом анализе проблем и других данных.	да/нет
Вопросы обучения рассматриваются при выработке стратегии и политики	да/нет
Обучение имеет важное значение для развития процессов совершенствования и инновационных процессов	да/нет
Обучение связано с наличием внешних обязательств.	да/нет

Таблица М. 65 – Критерии оценки показателя «Обучение» Методика обучения

Критерии оценки	
Обучение осуществляется на индивидуальной основе без обмена знаниями	да/нет
Действуют процессы обмена информацией и знаниями	да/нет
Внедрена система признания положительных результатов вносимых предложений или полученных уроков.	да/нет
Высшее руководство поддерживает инициативы, связанные с обучением и обменом знаниями, и подает личный пример.	да/нет
Культура обучения позволяет брать на себя риски и признавать неудачи при условии, что это ведет к обучению на ошибках и к созданию возможностей для совершенствования.	да/нет

Таблица М. 66 – Критерии оценки показателя «Обучение» Результат обучения

Критерии оценки	
Организация извлекает некоторые уроки из жалоб.	да/нет
Имеют место плановые мероприятия, события и встречи по обмену информацией.	да/нет
Обучение считается одним из главных вопросов. Для обмена знаниями высшим руководством поощряется развитие связей, взаимодействие и интерактивность.	да/нет
Способность организации к обучению включает компетентность отдельных работников и компетентность организации в целом.	да/нет

Таблица М. 67 – Организации-партнеры

Критерии оценки	
Медицинские учебные заведения	да/нет
Поставщики продукции и услуг для медицинской организации	да/нет
Научно-исследовательские организации	да/нет
Территориальный ФОМС	да/нет
Страховые организации	да/нет
Региональные органы власти	да/нет
Другие медицинские организации	да/нет
Государственные организации	да/нет
Частные фирмы	да/нет
Общественные организации	да/нет

Таблица М. 68 – Менеджмент ресурсов

Критерии оценки	
Внедрен процесс планирования и распределения материально-технических ресурсов.	да/нет
Используется краткосрочное финансовое планирование	да/нет
Используется среднесрочное финансовое планирование	да/нет
Используется долгосрочное финансовое планирование	да/нет
Внедрен процесс эффективного планирования и распределения лекарственных препаратов	да/нет

Таблица М. 69 – Методы работы с персоналом, использующиеся в организации

Критерии оценки	
Адаптация молодых сотрудников на рабочем месте;	да/нет
Закрепление наставников за молодыми специалистами;	да/нет
Внедрение в медицинской организации системы индивидуального обучения на рабочем месте;	да/нет
Создание системы профессиональной аттестации сотрудников организации;	да/нет
Планирование карьерного роста сотрудников;	да/нет
Создание кадрового резерва сотрудников медицинской организации;	да/нет
Создание кадрового резерва руководителей медицинской организации;	да/нет
Индивидуальный план непрерывного образования каждого сотрудника организации	да/нет
Систематический анализ уровня удовлетворенности персонала;	да/нет
Улучшение оснащенности рабочих мест;	да/нет
Создание благоприятного психологического климата в коллективе;	да/нет
Передача информации, опыта и знаний между сотрудниками и подразделениями внутри медицинской организации;	да/нет
Согласованность действий между сотрудниками различных подразделений внутри медицинской организации;	да/нет
Согласованность действий между медицинской организацией и ее партнерами;	да/нет
Для каждого сотрудника медицинской организации устанавливать индивидуальные производственные планы, решающие задачи подразделения;	да/нет
Внедрение программы сбора предложений сотрудников по улучшению работы организации;	да/нет
Нормирование труда персонала медицинской организации;	да/нет
Внедрение в работу медицинской организации эффективной системы оплаты труда;	да/нет
Внедрение в работу медицинской организации системы нематериального поощрения сотрудников;	да/нет
Передача знаний и опыта работы сотрудников организации, молодым специалистам;	да/нет
Обеспечение действующей системы передачи информации важного содержания, необходимой для принятия решения.	да/нет
Персонал включен в достижение долгосрочных целей организации.	да/нет

Таблица М. 70 – Менеджмент процессов

Критерии оценки	
Осуществляется контроль за качеством оказания медицинской помощи	да/нет
Осуществляется удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг	да/нет

Вспомогательные процессы, осуществляемые непосредственно медицинской организацией: управление финансово-экономической деятельностью,	да/нет
Вспомогательные процессы, осуществляемые непосредственно медицинской организацией: кадровая политика	да/нет
Вспомогательные процессы, отданные на аутсорсинг: услуги охранного агентства	да/нет
Вспомогательные процессы, отданные на аутсорсинг: организация питания	да/нет
Вспомогательные процессы, отданные на аутсорсинг: клининговые услуги	да/нет

Таблица М. 71 – Методы мониторинга, измерения, анализа и изучения, используемые в организации

Критерии оценки	
Оценка высшим руководством хода работ по достижению запланированных результатов;	да/нет
Оценка достижения целей организации в соответствии с ее миссией, политикой и стратегией;	да/нет
Осуществление анализа эффективности долгосрочного планирования на основе ключевых показателей медицинской организации (дорожной карты)	да/нет
Оценка эффективности и результативности принятия решения;	да/нет
Оценка сильных и слабых сторон деятельности медицинской организации;	да/нет
Анализ конкурентной среды;	да/нет
Анализ законодательных и нормативных требований;	да/нет
Оценка текущих возможностей организации и ее процессов;	да/нет
Оценка эффективности сотрудничества с поставщиками и партнерами;	да/нет

Таблица М. 72 – Методы внедрения улучшений, инноваций и обучения, используемые в организации

Критерии оценки	
Оценка эффективности деятельности всех подразделений медицинской организации	да/нет
Сравнение результатов деятельности медицинской организации с аналогичными показателями деятельности и процессами конкурентов	да/нет
Определение лучшего опыта работы подразделений организации для использования его в других подразделениях	да/нет
Оценка взаимного сотрудничества между подразделениями организации с целью обеспечения эффективности лечебно-диагностических процессов	да/нет
Оценка передового опыта других медицинских организаций	да/нет
Проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий	да/нет
Взаимовыгодное сотрудничество медицинских организаций для совместного обмена знаниями и информацией с целью разработки планов по совершенствованию деятельности	да/нет

Таблица М. 73 – Объекты внедрения улучшений, инноваций и обучения, используемые в организации

Критерии оценки	
В технологию оказания медицинских услуг	да/нет
В процесс обеспечения качества оказания медицинской услуги	да/нет
В организационную структуру медицинской организации	да/нет
В систему управления медицинской организацией	да/нет